

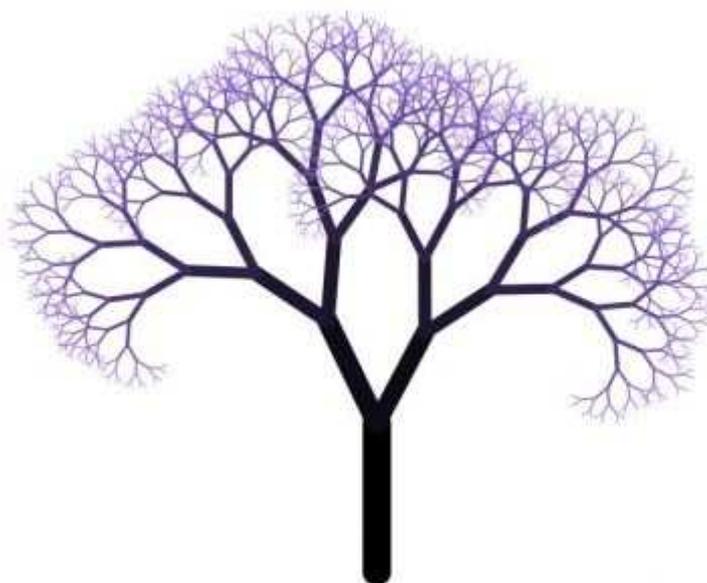


**REGIONE DEL VENETO**

giunta regionale

**LIBRO BIANCO  
DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO  
DELLA REGIONE DEL VENETO  
2001-2009**

**LE POLITICHE SOCIO-SANITARIE.  
PARTE PRIMA. I SERVIZI PER LE PERSONE  
ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI**



*Anteprima di stampa – Giugno 2011*



*In una Regione come il Veneto portatrice di una ricca storia di integrazione socio-sanitaria, non potevamo non dar seguito al Libro bianco del Servizio Socio Sanitario regionale con un'analisi più puntuale sulle politiche sociali e socio-sanitarie. Questo lavoro sarà strutturato in un percorso che inizia con questo volume dedicato alla non autosufficienza, ed in particolare alle politiche per le persone anziane (che per ciascun territorio di Azienda ULSS assorbono tra il 52 e il 65 per cento dell'intera spesa sociale e socio-sanitaria).*

*Questo nuovo Libro bianco non si limita a fare una fotografia dell'esistente. Il metodo utilizzato per la nostra analisi, in analogia con il precedente lavoro, mette in relazione i dati di fabbisogno con la produzione dei servizi, con il finanziamento regionale, con la rilevazione dei costi, proponendo un confronto tra le Aziende ULSS.*

*E' noto che, per quanto riguarda la residenzialità, tra i territori del Veneto si registrano differenze in termini di offerta di prestazioni e di riparto del finanziamento. Ciò è dovuto ai fattori storici di sviluppo della nostra rete assistenziale residenziale. Parlare di riequilibrio rischia di essere poco realistico se non si tiene in conto della complessità dei fattori in gioco: l'aumento dei bisogni legato all'invecchiamento della popolazione; l'elevata spesa sostenuta per le impegnative di residenzialità, che rende impensabile un riequilibrio con l'aumento delle quote nei territori deficitari; la necessità di confrontare l'offerta di residenzialità – rimanendo nel campo dell'assistenza socio sanitaria – con quella dell'assistenza domiciliare.*

*Questo confronto può avvenire considerando non solo le risorse provenienti dal Fondo per la non autosufficienza (LR 30/2009), ma anche la parte del Fondo sanitario indistinto per l'attività distrettuale con il quale – ai sensi del DPCM 29 novembre 2001 – vengono finanziate le prestazioni sanitarie in convenzione (come da schema tipo regionale) presso i centri di servizio, nonché, nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, l'attività medica, infermieristica, riabilitativa, specialistica e farmaceutica. La complessità di questo lavoro – che l'albero frattale in copertina ben esemplifica – ha imposto un metodo di raggiungimento dei risultati anche attraverso l'incrocio, per la prima volta, di informazioni provenienti da fonti diverse, come ad esempio i finanziamenti del Fondo per la non autosufficienza con la spesa sanitaria per gli ospiti dei centri di servizio.*

*Non consideriamo, invece – è bene metterlo in rilievo da subito – la spesa sociale sostenuta direttamente dagli utenti o dai comuni.*

*Se lo scopo della futura programmazione socio-sanitaria è quello di garantire la sostenibilità dei servizi per ciascuna ULSS anche attraverso il finanziamento del Fondo sociale regionale e del Fondo sanitario in quote capitarie, questo Libro bianco coglie nel segno la necessità di individuare una metodologia di misurazione del fenomeno e di definizione degli indicatori che consentano in futuro di rispondere in modo sempre più appropriato ai bisogni delle persone non autosufficienti nella nostra Regione.*

*Ringrazio perciò tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione di questo libro. Auguro loro un buon lavoro, soprattutto perché sono già impegnati nella predisposizione dei prossimi volumi.*

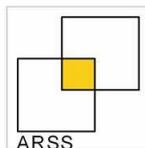
*Il Commissario straordinario dell'ARSS  
dr. Domenico Mantoan*

*Il Libro Bianco è stato realizzato in collaborazione tra*



#### **Segreteria Regionale alla Sanità**

- Direzione Controlli e Governo SSR
- Unità di progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR
- Direzione Servizi sociali



#### **Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto**

- Unità Sistemi di Management

A cura di:

Antonio Aggio – Funzionario dell'ARSS

Con la collaborazione di:

Mauro Bonin - Dirigente dell'Unità Sistemi di Management dell'ARSS

Matteo Cella - Funzionario dell'ARSS

Rossana Salata - Funzionario dell'ARSS

Con la supervisione scientifica del gruppo di lavoro composto da:

Francesco Dotta - Dirigente regionale della Direzione Controlli e Governo SSR

Carlo Matterazzo - Dirigente regionale dell'UP Programmazione risorse finanziarie SSR

Mario Modolo - Dirigente regionale della Direzione Servizi sociali

Alessandra Corò - Direttore del Distretto 1 dell'Azienda ULSS 13

Alberto Leoni - Direttore dei servizi sociali dell'Azienda ULSS 4

Alessandro Pigatto - Direttore dei servizi sociali dell'Azienda ULSS 2

Susanna Menetto - Funzionario della Segreteria regionale per la Sanità

Per informazioni:

Ca' Zen ai Frari

S. Polo 2580

30125 Venezia – Italia

Tel. 041.2793561

Fax 041.2793566

Email [segreteria@arssveneto.it](mailto:segreteria@arssveneto.it)

Questa edizione del Libro Bianco è scaricabile dal sito [www.arssveneto.it](http://www.arssveneto.it) insieme a tutti gli atti normativi e ai provvedimenti richiamati nel testo.

L'albero in copertina è una figura generata con un frattale.

## Sommario

Glossario .....	9
-----------------	---

### 1. Introduzione

1.1	Finalità del lavoro .....	11
1.1.1	Obiettivi e metodo .....	11
1.1.2	Fonti informative .....	11
1.2	Politiche e aspetti demografici .....	12
1.2.1	Le politiche per gli anziani non autosufficienti.....	12
1.2.2	I trend demografici .....	12
	<i>Nota sugli aspetti demografici contenuta nella relazione della Quinta Commissione consiliare della VIII legislatura alla LR 30/2009.....</i>	<i>15</i>
1.2.2.1	Variazione di territori delle ULSS 14 e 16 tra il 2009 e il 2010 .....	16
1.3	Il finanziamento della non autosufficienza.....	16
1.3.1	Il Fondo regionale per la non autosufficienza .....	16
1.3.2	Altri finanziamenti per la non autosufficienza .....	19
1.3.3	Il Fondo sanitario regionale e il finanziamento della non autosufficienza .....	20
1.4	I costi della non autosufficienza .....	21
1.4.1	La rilevazione dai modelli LA .....	21
1.4.2	La rilevazione dai bilanci delle Aziende ULSS .....	21
1.4.3	La rilevazione da parte dell'Osservatorio regionale.....	22
1.5	Il metodo di rappresentazione .....	22

### 2. La residenzialità per anziani non autosufficienti

2.1	Le politiche.....	23
2.1.1	Aspetti storici.....	23
2.1.2	La nuova programmazione .....	25
	Glossario dei servizi residenziali .....	25
2.2	Dati di trend 2001-2010.....	26
2.2.1	Il fabbisogno .....	26
2.2.2	I posti letto .....	27
2.2.2.1	Aspetti storici nella programmazione dei posti letto .....	27
2.2.2.2	La nuova programmazione .....	28
2.2.3	La retta e le impegnative di residenzialità. ....	29
	I criteri di accesso ai servizi residenziali per le persone anziane non autosufficienti .....	30
2.2.3.1	Quante sono le impegnative di residenzialità .....	30
2.2.3.2	Il valore delle impegnative di residenzialità .....	31
2.2.4	Il finanziamento della residenzialità nel riparto del FRNA e del FSR.....	32
2.2.5	I costi della residenzialità .....	33
2.3	Analisi nell'anno 2009.....	35
2.3.1	Le impegnative assegnate al 31 dicembre 2009 .....	36
2.3.2	I posti disponibili nel 2009.....	37
2.3.4	Gli utenti .....	40
2.3.5	Il valore delle quote di rilievo sanitario nel 2009 .....	42
2.3.6	Determinazione del fabbisogno finanziario .....	42
2.3.7	Il finanziamento.....	43
2.3.8	I costi: la rilevazione della spesa per le rette .....	48
2.3.9	I costi: la rilevazione dai bilanci delle ULSS .....	52

2.3.9.1	La rilevazione dei costi dalle tabelle FNA .....	52
2.3.9.2	La rilevazione dei costi dai modelli LA.....	53
2.3.9.3	I costi per le prestazioni sanitarie nei Centri di servizio residenziali per anziani non autosufficienti.....	54
2.3.9.4	Confronto tra le misurazioni dei dati di costo per la residenzialità .....	57
2.4	La spesa regionale per gli investimenti per la residenzialità delle persone anziane non autosufficienti.....	61
2.5	Quadro di sintesi per ULSS. Metodologia .....	64
2.5.1	Confronto sui servizi.....	65
2.5.1.1	Stima incremento finanziamento per aumento posti autorizzabili (se accreditati) .....	66
2.5.2	Confronto su finanziamenti e costi .....	66
2.6	Quadro di sintesi per ULSS. Grafici .....	68
	ULSS 1 .....	68
	ULSS 2 .....	69
	ULSS 3 .....	70
	ULSS 4 .....	71
	ULSS 5 .....	72
	ULSS 6 .....	73
	ULSS 7 .....	74
	ULSS 8 .....	75
	ULSS 9 .....	76
	ULSS 10 .....	77
	ULSS 12 .....	78
	ULSS 13 .....	79
	ULSS 14 .....	80
	ULSS 15 .....	81
	ULSS 16 .....	82
	ULSS 17 .....	83
	ULSS 18 .....	84
	ULSS 19 .....	85
	ULSS 20 .....	86
	ULSS 21 .....	87
	ULSS 22 .....	88

### 3. I servizi per la domiciliarità

3.1	Le politiche.....	89
3.1.1	Gli interventi sociali e socio-sanitari (FRNA) .....	90
3.1.2	Gli interventi sanitari e socio sanitari (FSR).....	90
3.2	Dati di trend 2001-2010.....	91
3.2.1	I servizi.....	91
3.2.1.1	ADI-SAD. Servizi di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale .....	91
3.2.1.2	ADC. Assegno di cura.....	93
3.2.1.3	Il sollievo.....	95
3.2.2	Il finanziamento.....	95
3.2.2.1	ADI-SAD .....	96
3.2.2.2	ADC. Assegno di cura.....	98
3.2.2.3	Il sollievo.....	99
3.2.3	I costi dell'ADI.....	100
3.3	Analisi nell'anno 2009.....	101

3.3.1	I servizi: gli utenti .....	102
3.3.1.1	ADI-SAD .....	102
3.3.1.2	Assegno di cura.....	107
3.3.1.3	I servizi ADI sanitari e socio sanitari .....	112
3.3.2	Il finanziamento.....	116
3.3.2.1	Servizi finanziati con il FRNA .....	116
	Lo Sportello Integrato.....	117
3.3.2.2	I servizi ADI sanitari e socio sanitari .....	119
3.3.3	I costi: la rilevazione dai bilanci delle ULSS .....	119
3.3.3.1	La rilevazione dei costi dalle tabelle FNA .....	119
3.3.3.2	La rilevazione dei costi dai modelli LA.....	121
3.3.3.3	Quadro d'insieme sui costi della domiciliarità .....	123
3.4	Quadro di sintesi per ULSS.....	125
3.4.1	Confronto sui servizi.....	125
3.4.2	Confronto su finanziamenti e costi .....	126
3.5	Quadro di sintesi per ULSS. Grafici .....	127
	ULSS 1 .....	127
	ULSS 2 .....	128
	ULSS 3 .....	129
	ULSS 4 .....	130
	ULSS 5 .....	131
	ULSS 6 .....	132
	ULSS 7 .....	133
	ULSS 8 .....	134
	ULSS 9 .....	135
	ULSS 10 .....	136
	ULSS 12 .....	137
	ULSS 13 .....	138
	ULSS 14 .....	139
	ULSS 15 .....	140
	ULSS 16 .....	141
	ULSS 17 .....	142
	ULSS 18 .....	143
	ULSS 19 .....	144
	ULSS 20 .....	145
	ULSS 21 .....	146
	ULSS 22 .....	147

## 4. Confronto residenzialità-domiciliarità

4.1	La situazione in Veneto.....	149
4.1.1	Confronto sui servizi.....	149
4.1.2	Confronto sui finanziamenti e sui costi.....	150
4.1.3	Confronto sulla produttività.....	152
4.2	Il Veneto in Italia.....	154

## 5. Approfondimenti

5.1	I livelli essenziali di assistenza in area socio-sanitaria .....	155
-----	--	-----

## 6. Appendice normativa

Legge regionale 27 febbraio 2008, n. 1 (BUR 19-1/2008) – articolo 3 LEGGE FINANZIARIA REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2008 .....	158
Legge regionale 18 dicembre 2009, n. 30 (BUR n. 104/2009) DISPOSIZIONI PER LA ISTITUZIONE DEL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E PER LA SUA DISCIPLINA.....	158
Legge regionale 25 febbraio 2005, n. 9 (BUR n. 24/2005) – Testo storico dell'articolo 26 LEGGE FINANZIARIA REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2005.....	162
Legge regionale 18 marzo 2011, n. 7 (BUR n. 23-1/2011) LEGGE FINANZIARIA REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2011 .....	163
Legge regionale 30 gennaio 2004, n. 1 (BUR n. 12/2004) – Testo storico dell'articolo 36 LEGGE FINANZIARIA REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2004.....	164

## 7. Tabelle

Riparto del Fondo per la Non Autosufficienza – 2009-2010 .....	166
--	-----

## 8. Allegati

Elaborazioni su tavole FNA allegate ai Conti economici delle Aziende ULSS 2009 .....	<a href="http://www.arssveneto.it">www.arssveneto.it</a>
--	--

## Glossario

ADI	Assistenza Domiciliare integrata
ADI-SAD	Assistenza Domiciliare Integrata – Servizio Assistenza Domiciliare (di tipo sociale)
ARSS	Agenzia Regionale Socio Sanitaria
CEOD	Centro Educativo Occupazionale Diurno (oggi è denominato Centro Diurno)
CTRP	Comunità Terapeutiche Residenziali Protette
datawarehouse	Database contenente i dati sanitari e socio-sanitari della Regione del Veneto
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
DM	Decreto Ministeriale
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
FRNA	Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (istituito con LR 30/2009)
FSR	Fondo Sanitario regionale
LA, modelli	Modelli nazionali di rilevazione dei Livelli di assistenza
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LR	Legge Regionale
OAA, OTAA, OSS	Operatori Addetti all'Assistenza, Operatori Tecnici Addetti all'Assistenza, Operatori Socio Sanitari
NRSA	Nuclei di RSA
NRSAir	Nuclei di RSA ad intensità ridotta
RAss	Residenze Assistite
RSA	residenza sanitaria Assistita
SAPA	Servizio Alta Protezione Alzheimer
SVAMA	Scheda Valutazione Multidimensionale Anziani
SVP	Stati Vegetativi Permanenti
ULSS	Unità Locale Socio Sanitaria <i>(nel testo viene indicata con il termine di ULSS o Azienda ULSS o Azienda. Non viene utilizzato il termine Aziende Sanitarie, perché in questo lavoro si fa riferimento alle sole Aziende ULSS)</i>



# 1 Introduzione

## 1.1 Finalità del lavoro

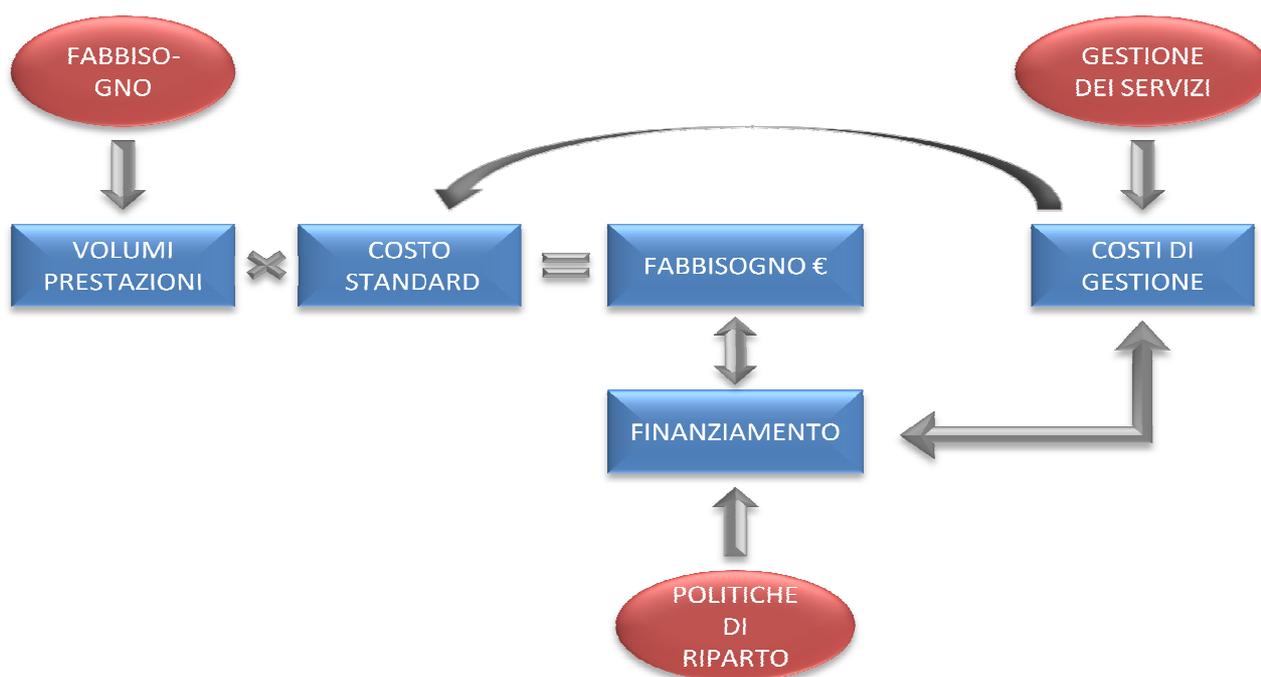
### 1.1.1 Obiettivi e metodo

Lo scopo di questo lavoro di analisi è quello di effettuare una descrizione delle modalità e delle politiche di risposta ai bisogni assistenziali delle persone non autosufficienti attraverso la rete dei servizi residenziali e domiciliari. Non sono oggetto di questo volume le politiche rivolte esclusivamente alle persone disabili.

Dopo un decennio di programmazione, a partire dalle DGR 751/2000 e DGR 464/2006 per la residenzialità e dalle DGR 5273/1998 e DGR 39/2006 per l'assistenza domiciliare integrata, è possibile ed opportuno fornire al decisore regionale un elemento di supporto per definire la futura programmazione dei servizi e il loro finanziamento.

Anche nel settore socio-sanitario, le future logiche di finanziamento dovranno essere basate sul fabbisogno di servizi e di prestazioni valorizzato ai costi standard. Sarà opportuno confrontare i costi di erogazione dei servizi e, attraverso questi, garantire il continuo monitoraggio e l'adeguamento degli standard.

Le pagine che seguono rilevano una serie di informazioni non sempre semplice da estrapolare, la cui logica è riassunta nella seguente figura.



### 1.1.2 Fonti informative

Il settore socio-sanitario ha registrato una costante evoluzione nel corso dell'ultimo decennio, ed è stato perciò scelto l'anno 2009 – il più recente di cui si dispongono dati completi – per analizzare e confrontare i dati tra loro, individuando gli indicatori già utilizzati, quali il fabbisogno o gli obiettivi stabiliti dalla programmazione regionale o la parametrizzazione dei servizi alla popolazione o la spesa storica, ed elaborando nuove modalità di misurazione, in particolare basate sulla rilevazione dei costi.

Per quest'ultima azione sono stati elaborati i dati trasmessi dalle Aziende ULSS alla Segreteria regionale alla Sanità relativi al Fondo per la Non Autosufficienza, in allegato al consuntivo del Conto Economico 2009. Sono inoltre stati raccolti i costi relativi alla convenzione per i servizi sanitari presso i centri di servizio per anziani non autosufficienti (ex DGR 3856/2004) e alle spese per tutti i profili di ADI (ex DGR 5273/1998). Da ultimo sono stati anche rilevati i dati di costo relativi ai sub-livelli assistenziali della residenzialità e semiresidenzialità degli anziani e dell'Assistenza domiciliare integrata contenuti nei "modelli LA", documenti riepilogativi che vengono annualmente trasmessi al Ministero della Salute per la rilevazione nazionale della spesa riguardante i Livelli Essenziali di Assistenza.

I dati di produzione dei servizi sono stati invece ricavati ed elaborati dalle deliberazioni della Giunta regionale e da quelli forniti dalle Aziende ULSS all'*Osservatorio regionale sulla condizione della popolazione anziana e disabile*, in capo all'Azienda ULSS 12 Veneziana nel periodo di analisi da noi considerato, e che nel corso dell'analisi chiameremo, per brevità, Osservatorio regionale.

## 1.2 Politiche e aspetti demografici

### 1.2.1 Le politiche per gli anziani non autosufficienti

Residenziale, semiresidenziale o domiciliare, di natura economica o in forma di servizi. La rete assistenziale rivolta agli anziani non autosufficienti nel Veneto è frutto di politiche che negli anni hanno prodotto una molteplicità di interventi sempre più in grado prendere in carico le persone in relazione alla complessità del loro bisogno sociale e sanitario.

L'invecchiamento progressivo della popolazione e gli interventi a questo dedicati devono essere considerati nella valutazione complessiva del valore delle risorse assegnate e tenendo conto dell'esigenza di una maggiore, più efficace ed efficiente organizzazione del sistema dedicato alle persone anziane.

Le politiche per le persone anziane sono rivolte a tutta la popolazione con età uguale o maggiore di 65 anni, con particolare attenzione agli *over 75* in favore dei quali è già prevista una specificità già per quanto attiene la definizione complessiva del fabbisogno di residenzialità.

**Il modello di intervento adottato nelle politiche per le persone anziane è fondato sul binomio residenzialità-domiciliarità.** Su questi due aspetti sviluppiamo la nostra analisi, mettendo in evidenza non tanto le criticità relative alla programmazione (di cui si fa carico la DGR 2082/2010 che approva le linee guida per i Piani di zona), ma gli aspetti legati al rapporto fra finanziamento, utenti e costi delle produzioni dei servizi, con l'intento di fornire una chiave di lettura che possa confrontare le modalità di utilizzo delle risorse nelle due tipologie di erogazione di servizi considerate.

### 1.2.2 I trend demografici

Solo nell'ultimo decennio il Veneto è cresciuto di 382mila residenti. Di questi il 39% hanno più di 65 anni, e rientrano perciò nella classe demografica degli "anziani". E' un dato significativo perché gli *over 65* in Veneto incidono oggi per il 20% della popolazione. Questo indice era del 18,3% nel 2001.

anno	0-64	65-74	> 75	tot	valore over 65
2001	3.702.189	449.587	378.047	4.529.823	18,3%
2002	3.730.401	453.784	393.223	4.577.408	18,5%
2003	3.775.028	462.678	405.193	4.642.899	18,7%
2004	3.811.114	472.896	415.940	4.699.950	18,9%
2005	3.829.377	481.021	427.915	4.738.313	19,2%
2006	3.846.503	487.450	439.601	4.773.554	19,4%
2007	3.888.925	493.785	449.630	4.832.340	19,5%

<b>2008</b>	3.924.971	501.974	458.603	4.885.548	19,7%
<b>2009</b>	3.936.712	505.879	469.847	4.912.438	19,9%

Tabella 1 – Popolazione residente in Veneto. Incidenza della popolazione over 65. Fonte: Direzione Sistema statistico regionale.

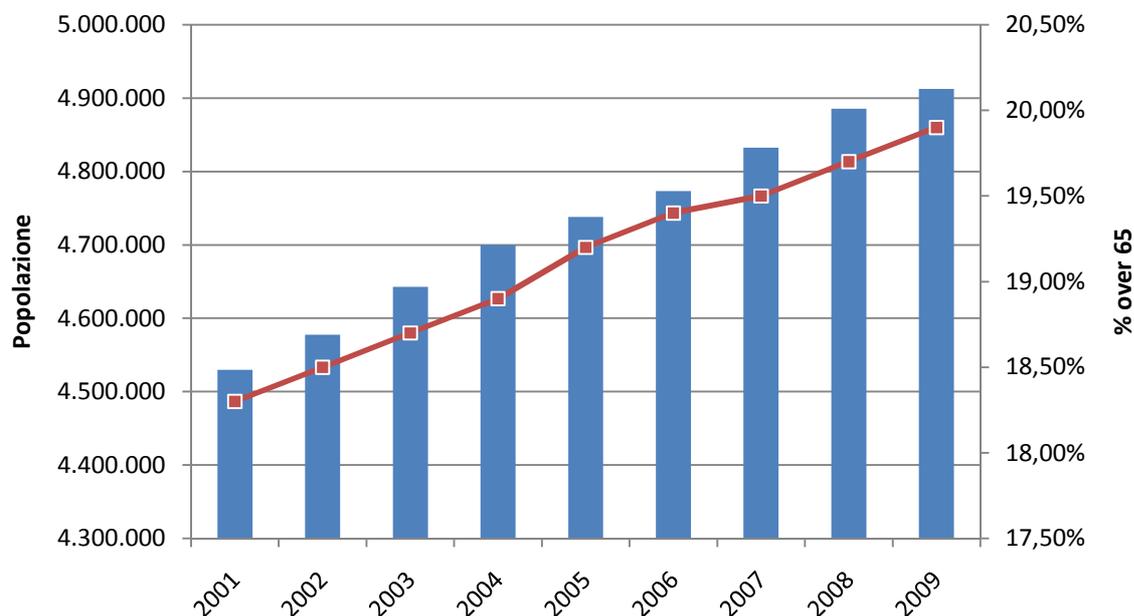


Grafico 1 - Popolazione residente in Veneto. Incidenza della popolazione over 65. Fonte: Direzione Sistema statistico regionale.

C'è un ulteriore indicatore che ci dice quanto sta invecchiando la nostra popolazione. Si chiama indice di vecchiaia e si misura in percentuale dividendo il numero dei residenti over 65 con quello della popolazione di età tra 0 e 15 anni. Nel 2001 in Veneto questo indice era di 135,2%. Nel 2009 è pari a 139,9%, mentre in Italia è del 144,0%.

anno	Indice di vecchiaia
<b>2001</b>	135,23
<b>2002</b>	135,74
<b>2003</b>	136,78
<b>2004</b>	137,32
<b>2005</b>	138,15
<b>2006</b>	138,94
<b>2007</b>	139,13
<b>2008</b>	139,16
<b>2009</b>	139,88

Tabella 2 – Trend demografico che rappresenta l'incremento del valore dell'indice di vecchiaia nel Veneto. Elaborazioni ARSS su dati della Direzione sistema statistico regionale.

Nei diversi territori delle Aziende ULSS del Veneto l'indice di vecchiaia varia significativamente. Sempre nel 2009 l'ULSS più giovane è la 15 dell'Alta Padovana (con un indice di vecchiaia del 107,0%) seguita dalla ULSS 8 di Asolo (107,5%), mentre la più anziana è l'ULSS 19 di Adria, con un indice di 212,0%, di poco superiore a quello dell'ULSS 12 Veneziana (208,7%).

La Tabella 3 e il Grafico 2 illustrano il trend dell'indice di vecchiaia comparandolo tra Aziende ULSS.

ULSS	1995	2009
<b>1</b>	159,9	183,9
<b>2</b>	167,9	173,9
<b>3</b>	99,2	119,5
<b>4</b>	114,7	125,8

5	101,3	112,5
6	112,1	125,1
7	144,6	145,0
8	102,6	107,5
9	121,4	124,5
10	123,2	147,6
12	205,7	208,7
13	104,9	133,0
14	111,6	174,7
15	91,5	107,0
16	133,7	152,8
17	131,7	156,8
18	173,3	193,5
19	142,6	212,0
20	132,8	144,7
21	129,9	140,3
22	102,4	110,9
<b>Veneto</b>	<b>126,4</b>	<b>139,9</b>

Tabella 3 – Indice di vecchiaia nelle Aziende ULSS del Veneto. Anno 1995-2009. Elaborazioni Regione Veneto - Direzione Sistema Statistico Regionale su dati Istat

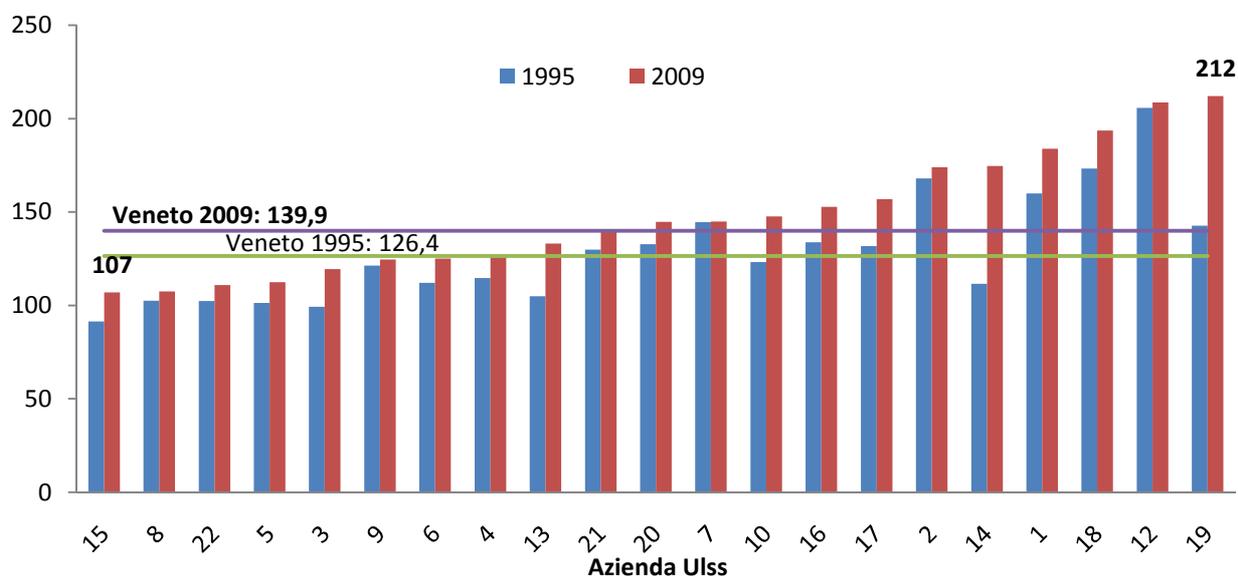


Grafico 2 – Indice di vecchiaia nelle Aziende ULSS del Veneto. Anno 1995-2009. Elaborazioni Regione Veneto - Direzione Sistema Statistico Regionale su dati Istat.

Elaborando le previsioni ISTAT, nel 2021 e nel 2031 l'incidenza della popolazione anziana nel Veneto sarà del 29% e del 36% rispettivamente. Nella popolazione del Veneto la quota di anziani continuerà perciò a crescere a causa dell'allungamento della speranza di vita. Inoltre è attesa una riduzione della quota di giovani. Pertanto la struttura della popolazione sarà sempre più sbilanciata verso l'età avanzata e ciò comporterà sfide sempre più complesse per il Sistema Socio Sanitario regionale.

Questa necessità è stata colta dal legislatore regionale nella predisposizione della LR 30/2009. Nel box seguente riproduciamo la parte relativa agli aspetti demografici contenuta nella relazione alla legge.

**Nota sugli aspetti demografici contenuta nella relazione della Quinta Commissione consiliare della VIII legislatura alla LR 30/2009**

(...)

Nel nostro Paese, in base alle previsioni dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT), la quota di popolazione con più di 65 anni passerà dall'attuale 16,8 per cento (è stato mantenuto nella relazione il riferimento all'anno 2006, ndr) al 20,4 per cento del 2010 al 27,1 per cento del 2030. In termini assoluti si passa dai 9,6 milioni di ultrasessantacinquenni del 1996 ai 14 milioni e mezzo del 2030. Se si considera la classe degli ultrasessantacinquenni l'invecchiamento della società italiana appare ancora più accentuato: la quota di tale classe sul totale della popolazione passa dall'attuale 6,7 per cento al 10 per cento del 2010, al 13,4 per cento del 2030; in termini assoluti si passa dagli attuali 3,8 milioni ai 7,2 milioni di cittadini nel 2030. Per effetto di queste dinamiche, nel 2030, sono previste 307 persone con più di 65 anni per ogni 100 ragazzi al di sotto dei 15 anni di età.

(...)

Le proiezioni demografiche per le regioni del Nord-Est, in particolare, prevedono nel prossimo ventennio un aumento degli ultrasessantacinquenni da un minimo di 200 mila unità a un massimo di 500 mila unità (considerando i miglioramenti della sopravvivenza) e tra queste l'aumento maggiore sarà per gli ultraottantacinquenni (+ 150 mila).

	2001	2021		(c)-(b)	(c)-(a)
	(a)	Inerzia (b)	Istat (c)		
<b>65-74</b>	665	755	815	+60	+140
<b>75-84</b>	403	492	581	+89	+178
<b>85+</b>	159	184	332	+138	+173
<b>Totale 65+</b>	1.227	1.431	1.728	+287	+501

*Inerzia: previsione della popolazione tenendo fissa la mortalità del 1998.  
Istat: previsione della popolazione dell'Istat a mortalità decrescente.  
Fonte: Castiglioni e Della Zuanna, 2002*

**Previsioni della popolazione anziana del Nord-Est nel 2021 a mortalità costante e decrescente. Confronto con la popolazione anziana del 2001 (Dati in migliaia). Fonte: relazione alla LR 30/2009**

Da ultimo va anche detto che alla transizione demografica ha fatto riscontro la transizione epidemiologica, per cui, di fronte ad un calo della mortalità per patologia acuta, si osserva un progressivo aumento della patologia cronico-degenerativa.

(...)

### 1.2.2.1 Variazione di territori delle ULSS 14 e 16 tra il 2009 e il 2010

Nell'ambito degli aspetti demografici occorre infine considerare che con la LR 22/2008 i comuni di Arzergrande, Brugine, Codevigo, Correzzola, Legnaro, Piove di Sacco, Polverara, Pontelongo, Sant'Angelo di Piove di Sacco sono stati trasferiti dalla ULSS 14 alla ULSS 16 a partire dal 1 gennaio 2010.

Nel corso di questo lavoro saranno considerati dati (di produzione, di finanziamento e di costo) relativi all'anno 2009 e, talvolta, al 2010. Nel primo caso (che indicheremo "al 31/12/2009") si considera la popolazione, suddivisa per classi, come in Tabella 3. Per il 2010 (che indicheremo "al 01/01/2010"), si considera la popolazione come in Tabella 4.

ULSS	0-64	65-74	>75	Totale popolazione
1	99.494	14.935	14.632	129.061
2	65.741	9.222	9.852	84.815
3	146.414	17.308	15.775	179.497
4	151.757	19.574	16.571	187.902
5	148.443	17.143	14.972	180.558
6	258.696	31.463	28.282	318.441
7	173.289	22.969	22.591	218.849
8	207.538	22.761	20.395	250.694
9	337.014	40.431	36.852	414.297
10	172.353	22.413	20.763	215.529
12	230.178	39.528	38.005	307.711
13	217.023	27.879	21.803	266.705
14	108.265	14.140	11905	134.310
15	210.115	22.697	19.970	252.782
16	332.943	46.366	42281	421.590
17	147.140	18.957	19.282	185.379
18	135.894	18.544	20.689	175.127
19	57.656	8.405	8.748	74.809
20	374.864	49.145	48.162	472.171
21	124.161	15.087	15.422	154.670
22	237.734	26.912	22.895	287.541
TOT	3.936.712	505.879	469.847	4.912.438

Tabella 3 – Popolazione per Aziende ULSS al 31/12/2009 –  
Fonte: elaborazione da dati Regione Veneto - Direzione Sistema Statistico Regionale

ULSS	0-64	65-74	>75	Totale popolazione
1	99.494	14.935	14.632	129.061
2	65.741	9.222	9.852	84.815
3	146.414	17.308	15.775	179.497
4	151.757	19.574	16.571	187.902
5	148.443	17.143	14.972	180.558
6	258.696	31.463	28.282	318.441
7	173.289	22.969	22.591	218.849
8	207.538	22.761	20.395	250.694
9	337.014	40.431	36.852	414.297
10	172.353	22.413	20.763	215.529
12	230.178	39.528	38.005	307.711
13	217.023	27.879	21.803	266.705
14	54.314	8.060	6.596	68.970
15	210.115	22.697	19.970	252.782
16	386.894	52.446	47.590	486.930
17	147.140	18.957	19.282	185.379
18	135.894	18.544	20.689	175.127
19	57.656	8.405	8.748	74.809
20	374.864	49.145	48.162	472.171
21	124.161	15.087	15.422	154.670
22	237.734	26.912	22.895	287.541
TOT	3.936.712	505.879	469.847	4.912.438

Tabella 4 – Popolazione per Aziende ULSS al 01/01/2010 –  
Fonte: elaborazione da dati Regione Veneto - Direzione Sistema Statistico Regionale

## 1.3 Il finanziamento della non autosufficienza

### 1.3.1 Il Fondo regionale per la non autosufficienza

La Regione del Veneto con l'approvazione della Legge regionale 30/2009<sup>1</sup> ha istituito e disciplinato il Fondo regionale per la non autosufficienza (di seguito FRNA o fondo) al fine di assicurare alle persone non autosufficienti un sistema regionale di assistenza sociale e socio-sanitaria e di protezione e tutela delle famiglie e soggetti che le assistono.

Il fondo ricomprende al suo interno il fondo per la non autosufficienza di cui all'articolo 3 della LR 1/2008 (Finanziaria regionale 2008), e vi vanno a confluire le risorse del fondo per la domiciliarità di cui all'articolo

<sup>1</sup> Il testo è riportato integralmente in Appendice.

26 della LR 9/2005 (Finanziaria regionale 2005), le risorse destinate al finanziamento del servizio di Telesoccorso e Telecontrollo, le risorse destinate al finanziamento dell'attività di assistenza semiresidenziale di tipo riabilitativo ed educativo nei centri diurni delle persone con disabilità. Queste ultime rientrano nell'ambito delle somme assegnate alle Aziende ULSS per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui al DPCM 29 novembre 2001 e alla DGR 3972/2002 e successive modifiche e integrazioni.

Nel fondo confluiscono inoltre le risorse derivanti dallo Stato o da altri soggetti pubblici destinati alla non autosufficienza.

Ulteriori fonti di finanziamento del fondo sono previste dall'articolo 7 della LR 30/2009, per l'avvio delle quali, tuttavia, non sono ancora state emanate le disposizioni attuative.

Il fondo viene ripartito annualmente, previo parere della competente Commissione del Consiglio regionale del Veneto, sulla base di criteri e indicatori che dovranno essere esplicitati da appositi provvedimenti attuativi della Giunta regionale.

I grafici 3 e 4 illustrano i valori totali della la ripartizione alle Aziende ULSS del fondo avvenuta nel 2009 e nel 2010, anni che corrispondono ai primi due esercizi finanziari di attuazione del fondo stesso. Il fondo ripartito è stato suddiviso per le seguenti aree di intervento:

1. Residenzialità e semiresidenzialità anziani non autosufficienti
2. Domiciliarità anziani e disabili
3. Residenzialità disabili
4. Semiresidenzialità disabili (Centri diurni)
5. La parte rimanente coincide con la quota derivante dal riparto del **Fondo nazionale per la non autosufficienza** che, come vedremo, è stata prevalentemente destinata alle politiche per la domiciliarità.

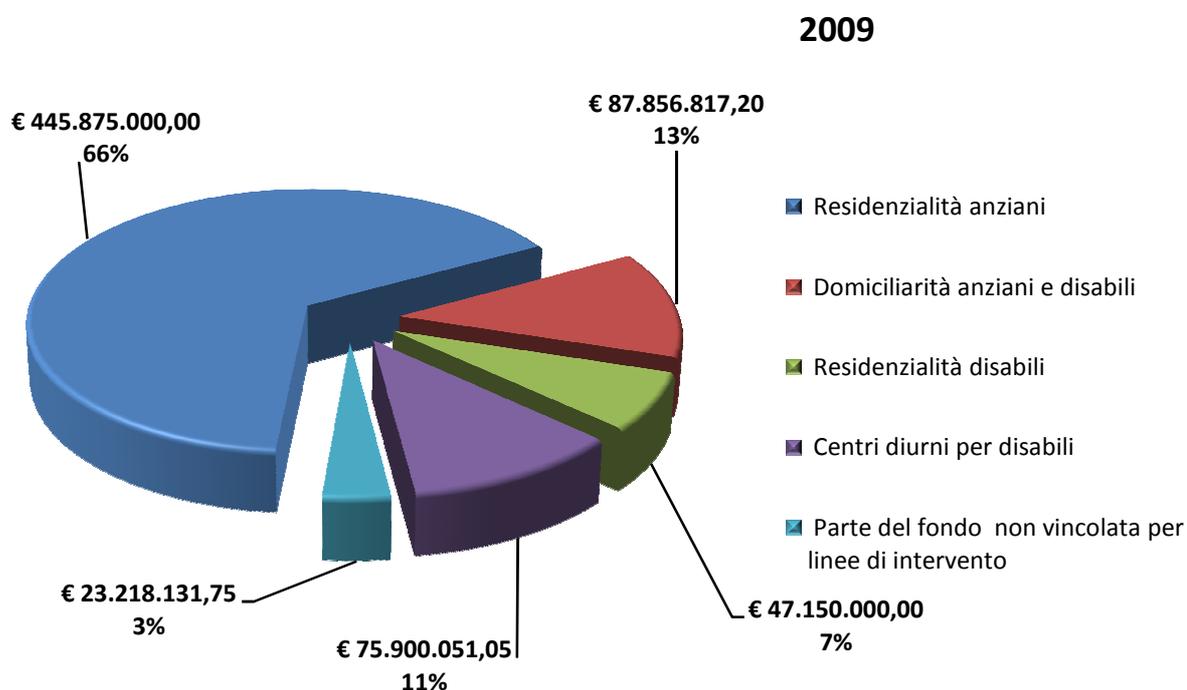


Grafico 3 – Aree del Fondo regionale per la non autosufficienza ripartito alle Aziende ULSS. Anno 2009. Elaborazione da DGR 2584 del 4 agosto 2009

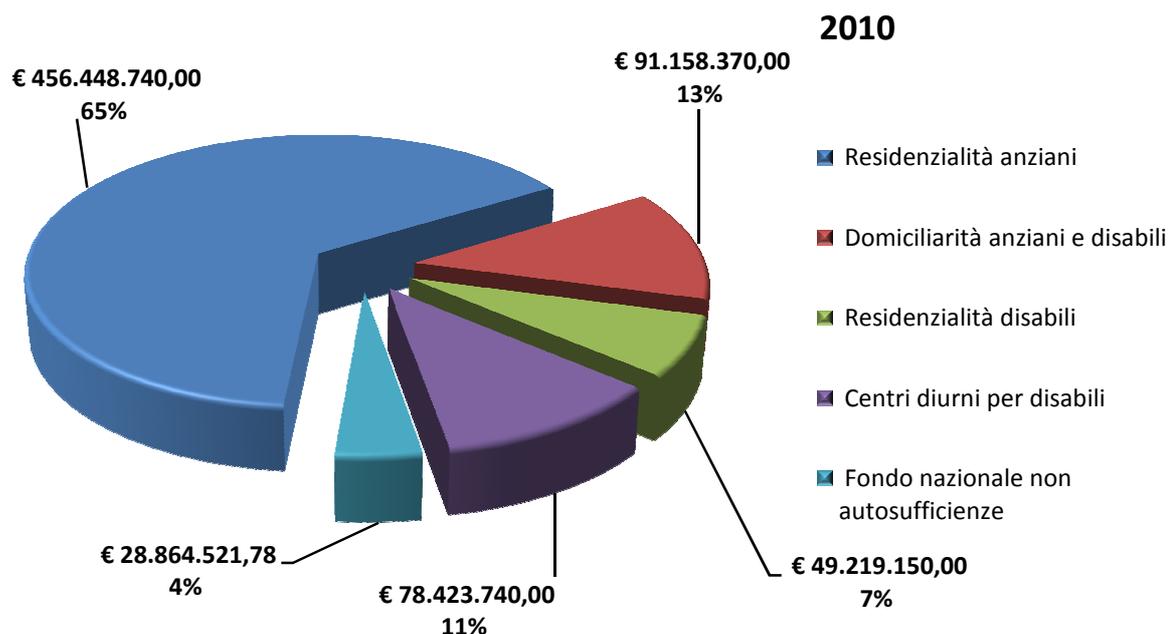


Grafico 4 – Aree del Fondo regionale per la non autosufficienza ripartito alle Aziende ULSS. Anno 2010. Elaborazione da DGR 3569 del 30 dicembre 2010

Il valore totale dei riparti 2009 e 2010 è rappresentato nelle seguenti tabelle, per ciascuna ULSS. Dividendo il riparto per la popolazione ricaviamo i valori delle quote capitarie di FRNA, per residente.

ULSS	Popolazione al 31/12/2009	TOTALE FRNA 2009 €	Quota Capitaria €
1	129.061	20.221.776,98	156,68
2	84.815	17.955.819,26	211,71
3	179.497	31.354.756,18	174,68
4	187.902	25.881.563,25	137,74
5	180.558	22.758.858,70	126,05
6	318.441	49.061.208,73	154,07
7	218.849	31.444.632,95	143,68
8	250.694	31.705.457,34	126,47
9	414.297	53.879.916,95	130,05
10	215.529	22.602.734,11	104,87
12	307.711	48.843.925,15	158,73
13	266.705	25.445.297,37	95,41
14	134.310	17.338.032,98	129,09
15	252.782	29.248.844,61	115,71
16	421.590	67.811.457,75	160,85
17	185.379	23.135.979,00	124,80
18	175.127	27.625.320,16	157,74
19	74.809	10.870.106,54	145,30
20	472.171	64.957.174,88	137,57
21	154.670	21.047.766,02	136,08
22	287.541	36.809.371,09	128,01
<b>Media reg.</b>	<b>4.912.438</b>	<b>680.000.000,00</b>	<b>138,42</b>

Tabella 5 – Parametrazione del finanziamento alle ULSS per il FRNA per popolazione residente. Anno 2009

ULSS	Popolazione al 01/01/2010	TOTALE FRNA 2010 €	Quota Capitaria €
1	129.061	21.011.650,00	162,80
2	84.815	18.155.850,00	214,06
3	179.497	32.160.320,00	179,17
4	187.902	26.742.340,00	142,32
5	180.558	23.257.260,00	128,81
6	318.441	50.570.890,00	158,81
7	218.849	32.637.170,00	149,13
8	250.694	33.638.080,00	134,18
9	414.297	56.024.110,00	135,23
10	215.529	24.195.020,00	112,26
12	307.711	50.518.130,00	164,17
13	266.705	26.481.550,00	99,29
14	68.970	9.543.730,00	138,38
15	252.782	30.041.760,00	118,84
16	486.930	78.565.660,00	161,35
17	185.379	24.031.760,00	129,64
18	175.127	28.593.210,00	163,27
19	74.809	11.263.901,78	150,57
20	472.171	66.902.630,00	141,69
21	154.670	21.844.530,00	141,23
22	287.541	37.934.970,00	131,93
<b>Media reg.</b>	<b>4.912.438</b>	<b>704.114.521,78</b>	<b>143,33</b>

Tabella 6 – Parametrazione del finanziamento alle ULSS per il FRNA per popolazione residente. Anno 2010

I dati considerati nei grafici 3 e 4 non comprendono le quote di Fondo per la non autosufficienza rimaste alla Regione in gestione accentrata per i seguenti importi:

- Anno 2009: € 9.450.000,00
- Anno 2010: € 8.200.000,00

Tali somme sono state utilizzate al fine di garantire:

- i servizi di **Telesoccorso e Telecontrollo**;
- l'informatizzazione dell'assegno di cura;
- altri interventi regionali e progetti straordinari a favore delle persone non autosufficienti.

### 1.3.2 Altri finanziamenti per la non autosufficienza

Vi sono politiche regionali nell'ambito della non autosufficienza che vengono finanziate con apposite voci del bilancio regionale ulteriori al capitolo di spesa per non autosufficienza.

Si tratta di:

1. Spesa per le strutture di ricovero di disabili gravi e permanenti assistiti in strutture residenziali, c.d. **"Correttivo Grandi strutture"**<sup>2</sup>.

Altre voci di spesa regionale inerenti la non autosufficienza, ma non comprese nel FRNA sono:

- A. Quota del riparto del fondo indistinto alle Aziende ULSS per la spesa sociale (cap. 100018 del bilancio regionale);
- B. Contributo per le spese di vitto e trasporto ai CEOD (art. 55 LR 7/99) (cap. 100013);
- C. Contributi regionali a favore dei portatori di handicap psicofisici (cap. 60230).

Questo il trend degli stanziamenti regionali:

OGGETTO	Contributi alle ULSS per gestione servizi sociali	Utenti CEOD	Handicap psicofisici
anno/capitolo bilancio regionale	100018 €	100013 €	60230 €
2002	20.658.500,00	4.803.500,00	52.000,00
2003	20.658.000,00	5.300.000,00	82.000,00
2004	20.658.500,00	5.500.000,00	152.000,00
2005	22.000.000,00	6.000.000,00	160.000,00
2006	20.000.000,00	5.400.000,00	148.000,00
2007	20.000.000,00	6.200.000,00	120.000,00
2008	19.105.000,00	5.795.000,00	95.000,00
2009	19.000.000,00	5.700.000,00	400.000,00
2010	20.000.000,00	6.000.000,00	500.000,00

Tabella 7 – Trend degli stanziamenti regionali, riguardanti la non autosufficienza (parzialmente per quanto riguarda il CAP 100018), non compresi nel FRNA. Elaborazione ARSS su DGR e su dati dell'Assessorato regionale alle Politiche sociali 2006.

Terremo inoltre conto, infine, della spesa per gli investimenti erogata nel Veneto nell'ultimo decennio a favore di strutture per la non autosufficienza ai sensi delle seguenti fonti normative:

- a) LR 1/2004, articolo 36 "Contributi per l'adeguamento e la realizzazione di strutture, impianti e arredi nel settore socio-sanitario";
- b) LR 9/2005, articolo 25 "Strutture innovative per la disabilità".

<sup>2</sup> Nelle DGR 3494/2009 e DGR 3473/2010 "Assegnazione alle Aziende sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie ai fini dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza" si veda la Tavola 5 "Livello di assistenza distrettuale: assistenza riabilitativa residenziale per disabili: correttivo grandi strutture.

### 1.3.3 Il Fondo sanitario regionale e il finanziamento della non autosufficienza

Nell'ambito dell'assegnazione alle Aziende ULSS del Veneto delle risorse finanziarie ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, il finanziamento per i servizi a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziani, è compreso all'interno dell'assistenza distrettuale.

La Tabella 8 illustra il rapporto tra la dotazione delle risorse per la non autosufficienza ripartite con il FSR e l'intero FSR<sup>3</sup>.

Negli anni 2009 e 2010 il rapporto – che si mantiene in proporzione pressoché costante con il Fondo sanitario regionale – aumenta in misura significativa, sia perché, con l'entrata in vigore dell'articolo 3, comma 2 lettera d)<sup>4</sup> della LR 1/2008, le risorse destinate al finanziamento dell'attività di assistenza semiresidenziale di tipo riabilitativo ed educativo nei centri diurni delle persone con disabilità sono state spostate dal Fondo indistinto dell'attività distrettuale al Fondo per la non autosufficienza, sia perché con l'attivazione del Fondo per la non autosufficienza sono state fatte confluire nella quota accentrata del FSR le risorse regionali destinate agli ulteriori livelli essenziali di assistenza regionali, nell'ambito della domiciliarità.

In altre parole, fino al 2008 il riparto del fondo sanitario regionale non comprendeva i finanziamenti per la domiciliarità e per i centri diurni per le persone disabili.

anno	non autosufficienza	totale riparto del Fondo sanitario regionale - €		%
	€	A	B	
2001	318.066.695,24	4.913.074.622,86		6,47%
2002	328.813.000,00	5.399.680.000,00		6,09%
2003	348.521.000,00	5.559.492.000,00		6,27%
2004	381.000.000,00	5.833.115.000,00		6,53%
2005	393.100.000,00	6.408.826.000,00		6,13%
2006	441.000.000,00	6.670.000.000,00		6,61%
2007	456.000.000,00	7.053.369.000,00		6,46%
2008	481.003.000,00	7.303.469.000,00		6,59%
2009	668.450.000,00	7.712.882.000,00		8,67%
2010	668.450.000,00	7.894.975.000,00		8,47%

Tabella 8 – Serie storica del rapporto tra Fondo sanitario regionale e risorse del fondo destinate alla non autosufficienza all'interno del FSR (dal 2009 cap. 101176 del bilancio regionale)

<sup>3</sup> Non si tiene conto del correttivo Grandi strutture, che esamineremo nel prossimo volume, che sarà dedicato alla disabilità.

<sup>4</sup> Questo il testo della norma citata: “d) le risorse destinate al finanziamento dell'attività di assistenza semiresidenziale di tipo riabilitativo ed educativo nei centri diurni delle persone con disabilità, rientranti nell'ambito delle somme assegnate alle aziende ULSS per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 e alla deliberazione della Giunta regionale 3972/2002 e successive modificazioni ed integrazioni. “

## 1.4 I costi della non autosufficienza

### 1.4.1 La rilevazione dai modelli LA

Il DM 16 febbraio 2001 ha istituito il nuovo flusso LA di rilevazione dei dati di costo delle Aziende ULSS associati alla erogazione dei Livelli di assistenza (LEA) previste dal DPCM 29 novembre 2001 e, nell'ambito delle stesse, ai singoli sub-livelli di assistenza<sup>5</sup>.

La rilevazione, con periodicità annuale, è effettuata a consuntivo su dati della Contabilità Generale e/o della Contabilità Analitica da parte di tutte le Aziende, e ha come obiettivo principale quello di disporre delle informazioni sui costi complessivamente sostenuti, a livello aziendale e regionale, per garantire gli specifici livelli e sub-livelli di assistenza ai cittadini assistiti nelle singole regioni e aziende.

La nostra analisi ha raccolto in questo ambito i dati di costo per i soli livelli assistenziali relativi alla non autosufficienza. Vedremo i dettagli nell'ambito dei capitoli successivi.

### 1.4.2 La rilevazione dai bilanci delle Aziende ULSS

Come ulteriore approccio a questa analisi sul versante dei costi, proponiamo qui di seguito la Tabella 9, ricavata dai dati forniti dalle Aziende ULSS in allegato al Bilancio consuntivo 2009 riguardanti l'utilizzo delle risorse del Fondo per la non autosufficienza.

Con l'istituzione del Fondo per la non autosufficienza, la Segreteria regionale alla Sanità e Sociale ha infatti chiesto alle Aziende ULSS di allegare al Conto Economico consuntivo una serie di tabelle (una per ciascuna area: residenzialità anziani, domiciliarità, residenzialità disabili, ecc...) riproducenti i ricavi (righe A0...) e i costi (righe B0...) relativi al Fondo per la non autosufficienza.

Nella tabella riportiamo solo i totali regionali delle voci di totale del Piano dei Conti<sup>6</sup>. In corsivo blu è evidenziato il riparto regionale del FRNA 2009 (cfr. Grafico 3). La prima riga evidenzia invece i risultati di esercizio, che mostrano le perdite, ovvero la differenza tra ciò che è stato imputato a ricavo (il riparto del Fondo per la non autosufficienza) e i costi che sono stati ad esso riferiti.

descrizione in Piano dei Conti	residenzialità anziani	domiciliarità (sanitario)	residenzialità disabili	centri diurni disabili	tot sanitario	non auto (sociale)	totale FRNA
Z990000000 (RISULTATO DI ESERCIZIO)	-11.772.096	5.580.390	-18.681.372	4.681.308	-20.191.770	-370.313	-20.562.083
A000000000 Valore della produzione	446.913.592	95.559.540	48.968.126	79.219.799	670.661.057	13.148.551	683.809.609
<i>RIPARTO REGIONALE 2009</i>	<i>445.875.000</i>	<i>87.856.817</i>	<i>47.750.000</i>	<i>75.900.051</i>	<i>656.781.868</i>	<i>23.218.132</i>	<i>680.000.000</i>
B000000000 Costi della produzione	458.677.231	89.969.635	67.053.109	74.352.271	690.052.246	13.518.865	710.107.918

Tabella 9 – L'impiego del FRNA nelle Aziende ULSS nel 2009. Fonte: dati forniti dalle Aziende ULSS in allegato al Bilancio consuntivo 2009. Valori in €.

<sup>5</sup> Per maggiori approfondimenti sull'attuazione del DPCM 29 novembre 2001 si veda il capitolo 5.

<sup>6</sup> I totali sono riportati in Allegato.

Per ciascuna area, ad esclusione della domiciliarità (che riguarda sia anziani che disabili) e dei centri diurni per disabili, si registra una perdita di esercizio significativa. In altri termini si palesa il fatto che non tutta la spesa per la residenzialità per anziani non autosufficienti trova copertura nel riparto del Fondo per la non autosufficienza. Ne cercheremo le ragioni nel secondo capitolo.

Per quanto riguarda la domiciliarità, per la quale il risultato è di segno opposto, l'analisi si complica per il fatto di dover suddividere le risorse per tipologia di destinatari (persone anziane o disabili).

### 1.4.3 La rilevazione da parte dell'Osservatorio regionale

L'Osservatorio regionale ha condotto un'analisi sulla rendicontazione delle presenze e della spesa per la residenzialità delle persone non autosufficienti. Da questa abbiamo ricavato alcune grandezze di costo che compareremo con quelle ricavate dai modelli LA e dai dati del FNA sopra descritti.

## 1.5 Il metodo di rappresentazione

Compito di questo lavoro non è l'individuazione degli obiettivi strategici delle politiche per la non autosufficienza, ma descrivere le modalità con le quali tali obiettivi sono stati perseguiti – programmazione storica e attuale, finanziamento delle attività, rilevazione dei costi e strumenti di confronto e di controllo – anche con lo scopo di evidenziare margini di miglioramento qualitativo, di razionalizzazione e perequazione dei servizi e della spesa.

La struttura di ciascun capitolo segue pertanto questa logica:

- Descrizione delle politiche
- Descrizione dei dati di trend, possibilmente 2001-2010 relativi a:
  - determinazione del fabbisogno, programmazione e produzione dei servizi, loro misura per volumi e prestazioni
  - finanziamento regionale,
  - rilevazione dei costi.
- Analisi relativa all'anno 2009 – ultimo anno dei quali al momento attuale è completa la rilevazione di tutti i dati:
  - produzione dei servizi per volumi e prestazioni,
  - finanziamento regionale,
  - rilevazione dei costi,
  - misurazione e confronto dei dati raccolti sul parametro del fabbisogno e confronto.

Per facilitare l'inquadramento di ciascun paragrafo proponiamo perciò un set di icone che apponiamo accanto a ciascun titolo ad indicare in che punto del "percorso" di analisi ci troviamo, distinguendo se si tratta di dati di trend o di dati 2009:

<i>Percorso</i>	<i>Icona dati di trend</i>	<i>Icona analisi 2009</i>
Fabbisogno e <b>Produzione</b> di servizi		
<b>Finanziamento</b> regionale		
Rilevazione dei <b>Costi</b>		
<b>Misurazione</b> sul fabbisogno e confronto		

## 2 La residenzialità per anziani non autosufficienti

L'invecchiamento della popolazione e il progressivo diffondersi di malattie cronico degenerative ed invalidanti ha contribuito a spostare la domanda di salute nel senso di maggiore richiesta sia qualitativa che quantitativa di servizi e di strutture, sociali e socio-sanitarie, riducendo in modo sensibile il tasso di mortalità.

Il modello di assistenza alle persone in condizione di non autosufficienza e non assistibili a domicilio è stato definito nella nostra Regione nelle modalità che andiamo ad illustrare.

### 2.1 Le politiche

#### 2.1.1 Aspetti storici

L'assetto attuale dei servizi residenziali per le persone non autosufficienti risente dell'impostazione data dalla DGR 751/2000, che ha definito la programmazione regionale delle strutture di residenzialità comportanti assistenza sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa) e di rilievo sanitario, con particolare riferimento alle strutture per anziani e altri non autosufficienti e per disabili non assistibili a domicilio. Il sistema assistenziale è quello a rete prospettato dal DLGS 229/99 art. 3 *septies*, che integra in una visione unitaria i servizi per gli anziani non autosufficienti e per le persone disabili in tre tipologie di interventi:

1. interventi con prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;
2. interventi con prestazioni sociali a rilevanza sanitaria;
3. interventi con prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

Il riferimento ad altri documenti fondamentali, quali l'*atto di indirizzo* approvato con DPR 14 gennaio 1997, ha suggerito di articolare la programmazione di questo settore in due grandi aree:

- a) area della residenzialità con assistenza estensiva;
- b) area della residenzialità con assistenza intensiva;

assumendo, in sintonia con le linee guida nazionali in materia di riabilitazione, la soglia convenzionale delle tre ore giornaliere di intervento sanitario sul singolo soggetto ospite quale punto di discriminare tra assistenza estensiva ed intensiva.

Ci occupiamo nella nostra analisi dei servizi nell'area della residenzialità con assistenza estensiva, rinviando per tutti gli approfondimenti alla lettura della DGR 751/2000.

#### *Principali provvedimenti di riferimento*

- DGR 751/2000 "Assistenza residenziale extraospedaliera intensiva ed estensiva. LR n. 5/96 (art. 13 co. 3, Art. 17) – PSSH 1996-1998"
- DGR 464/2006 "L'assistenza socio-sanitaria alle persone anziane non autosufficienti (Piano della residenzialità)"
- DGR 394/2007 "Indirizzi e interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti"
- DGR 2082/2010 "Approvazione del documento di indirizzo regionale di cui alla DGR 157/2010 e del documento recante : Indicazioni per la predisposizione del documento Piano di Zona 2011/2015"

L'esigenza di residenzialità con assistenza estensiva per anziani non autosufficienti (e per disabili non assistibili a domicilio) è correlata all'evoluzione delle politiche sanitarie che sempre di più tendono a limitare i ricoveri ospedalieri alla sola fase della acuzie e del trattamento delle fasi immediatamente successive all'acuzie; rinviano alla rete territoriale dei servizi e strutture residenziali i trattamenti di lungo-

assistenza e di riabilitazione prolungata che, se non effettuabili a domicilio, debbono trovare la possibilità di realizzazione in strutture di accoglienza che integrano la rete ospedaliera, ma se ne differenziano per la minore intensità delle cure e relativa organizzazione.

Si è così configurato il concetto di assistenza residenziale, delineato nel DPR 14 gennaio 1007 «come una gamma di strutture che offrono diversi gradi di assistenza sanitaria (nelle sue componenti mediche, infermieristiche e riabilitative e socio assistenziali di rilievo sanitario) accompagnati da un livello “alto” di assistenza tutelare e alberghiera».

La tipologia delle strutture è correlata alle caratteristiche degli ospiti, al loro grado di autonomia, alle potenzialità e ai tempi per il loro eventuale recupero psico-fisico.

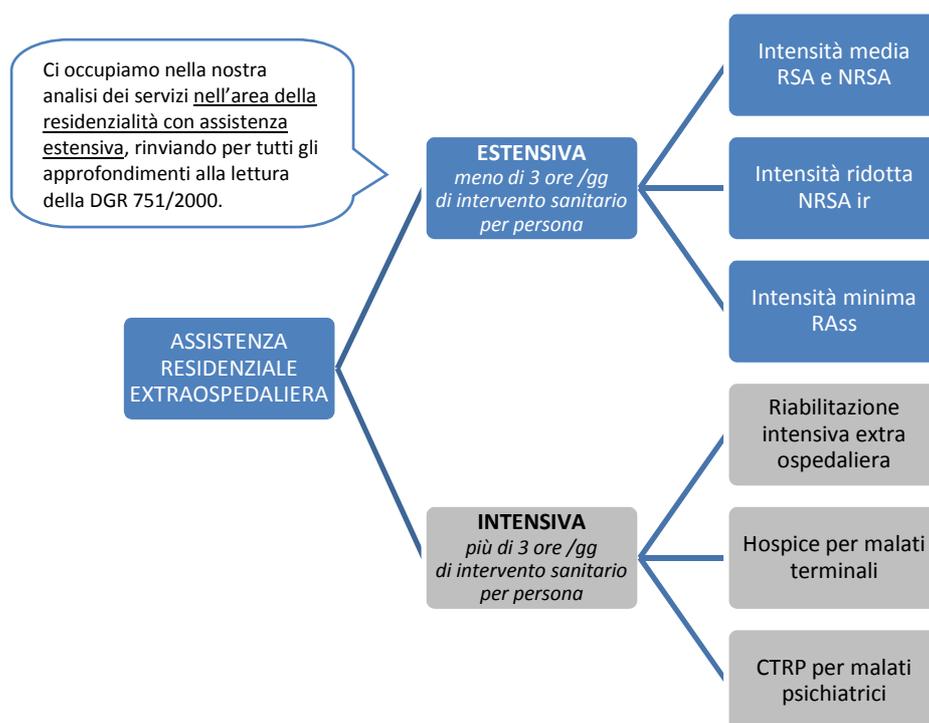


Grafico 5 – Assistenza residenziale extraospedaliera intensiva ed estensiva. Tipologie di servizi previsti dalla DGR 751/2000

Constatato che le forme di assistenza di alta intensità sono realizzate in ambito ospedaliero o presso le strutture storicamente rappresentate dagli istituti e dai Centri di riabilitazione (art. 26 LS 833/78), la DGR 751/2000 ha articolato la residenzialità extraospedaliera per gli anziani non autosufficienti e per disabili nelle seguenti tipologie di servizi;

- servizi caratterizzati da un livello di intensità media di assistenza sanitaria;
- servizi caratterizzati da un livello di intensità ridotta di assistenza sanitaria;
- servizi caratterizzati da un livello di intensità minima di assistenza sanitaria.

In tal senso la DGR 751/2000 ha provveduto a determinare il **fabbisogno** complessivo regionale di residenzialità per anziani non autosufficienti, definendo a tale scopo criteri che sono poi stati aggiornati con la DGR 464/2006.

Il provvedimento ha inoltre stabilito che il reperimento delle risorse per sostenere tale modello implica una corrispondente riduzione della spesa nella erogazione delle prestazioni ricomprese per gli altri livelli assistenziali di cui al PSN, ovvero la disponibilità di maggiori risorse conseguibile attraverso un diverso meccanismo di riparto del FSN e di determinazione del FSR (il rapporto tra risorse per la non autosufficienza e FSR è illustrato in Tabella 8).

Infine la DGR ha definito (con l'allegato "tabella 2") la previsione dell'offerta di posti letto di residenzialità extraospedalieri per anziani, evidenziando, oltre al fabbisogno, la preesistenza di posti letto derivanti da riconversione ospedaliera o dalle Case di riposo, ed ipotizzando la seguente distribuzione per singolo livello di intensità sanitaria, con la precisazione che i posti letto nelle RSA da riconversione ospedaliera, o comunque attivabili su specifiche indicazioni dei Piani di Zona direttamente dalle ULSS, sono tutti previsti ad intensità media:

INTENSITÀ	2000	2002
Intensità media (RSA e NRSA)	25%	27%
Intensità ridotta (NRSA ir)	50%	53%
Intensità minima (RAss)	25%	20%
<b>Totale</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabella 10 – Distribuzione dei posti letto per singolo livello di intensità sanitaria nell'ambito della residenzialità extraospedaliera per anziani non autosufficienti. DGR 751/2000.

## 2.1.2 La nuova programmazione

Gli indirizzi programmatori della DGR 751/2000 sono stati successivamente ridefiniti con la DGR 464/2006<sup>7</sup>, Allegato A, lett. G, che ha aggiornato i criteri per la determinazione del fabbisogno (cfr. paragrafo 2.2.1) ed ha definito i seguenti indirizzi per la qualificazione dei posti dedicati alla residenzialità territoriale in funzione della tipologia di servizio erogata:

- accoglienza di lungo periodo per persone anziane non autosufficienti per interventi assistenziali di primo e/o secondo livello, anche in relazione ai livelli assistenziali desumibili dai profili SVAMA: in fase di programmazione il numero posti letto definito al secondo livello non può superare il 25% di quelli di primo livello per ogni ambito territoriale;
- accoglienza per interventi assistenziali finalizzati alla realizzazione del servizio SAPA;
- accoglienza per interventi assistenziali finalizzati alla realizzazione dei servizi SVP;
- accoglienza temporanea per interventi di sollievo alle famiglie per situazioni di emergenza sociale.

La DGR 464/2006 ha ribadito che le strutture dedicate in via esclusiva alla assistenza di

### Glossario dei servizi residenziali

- Impegnative di 1° livello.** Corrispondono ai livelli di intensità ridotta e minima di assistenza sanitaria di cui alla DGR 751/2000 (profili SVAMA dal 2 al 13).
- Impegnative di 2° livello.** Corrispondono al livello di intensità media di assistenza sanitaria di cui alla DGR 751/2000 (profili SVAMA dal 14 al 17). [In fase di programmazione] non possono superare il 25% di quelli di 1° livello. La qualificazione dei posti di 1° o 2° livello è indicata nel provvedimento di autorizzazione all'esercizio.
- Centri Diurni socio-sanitari.** Strutture di accoglienza (definite con DGR 3072/2001) a carattere diurno con funzioni da natura assistenziale e riabilitativa, a supporto della famiglia per l'assistenza alle persone anziane non autosufficienti e di raccordo tra il sistema della residenzialità e della domiciliarità. Il fabbisogno delle Aziende ULSS è determinato nella misura del 10% del fabbisogno dei posti di residenzialità. [DGR 464/2006]
- Servizio SAPA.** Sezione Alta Protezione Alzheimer. Accolgono persone affette da demenza di grado moderato-severo, che per il livello di deficit cognitivo e per la presenza di significative alterazioni comportamentali non trovano una risposta adeguata con l'assistenza domiciliare o in altre forme di residenzialità. Questo tipo di risposta è limitato nel tempo.
- Servizio SVP.** Stati Vegetativi Permanenti. Accolgono persone che si trovano in condizione di "stato vegetativo" a seguito di gravi lesioni cerebrali. Il livello di assistenza sanitaria ed infermieristica è elevato, senza aggravio per la famiglia e le altre maglie della rete assistenziale.

<sup>7</sup> Questo provvedimento è stato integrato dalla DGR 394/2007. Per le parti citate in questa analisi restano immutati gli indirizzi programmatori tra la DGR 464/2006 e la DGR 394/2007.

religiosi – già previste dalla DGR 751/2000 – non rientrano nel sistema di offerta alla residenzialità. La Giunta regionale determina l'entità delle impegnative da riconoscere alle strutture che assistono anziani religiosi sulla base dei seguenti criteri:

- i. posti letto effettivamente disponibili e in possesso di requisiti di autorizzazione all'esercizio;
- ii. andamento della domanda di residenzialità. [DGR 851/2000, DGR 464/2006]

Nell'ambito dei Piani locali per la non autosufficienza (oggi dei Piani di Zona) possono essere previste sperimentazioni che rendano possibile l'utilizzo di tali posti di residenzialità da parte di persone non religiose nel limite massimo del 10% dei posti autorizzati.

## 2.2 Dati di trend 2001-2010

### 2.2.1 Il fabbisogno



Come abbiamo visto, sia la DGR 751/2000 che la DGR 464/2006, hanno fatto riferimento al **parametro teorico del fabbisogno** (da aggiornare annualmente ai sensi della 464/2006), **finalizzato alla determinazione del numero di impegnative di residenzialità da assegnare per territorio di Azienda ULSS e del numero di posti letto autorizzabili**.

Questo numero fornisce in maniera unitaria il rapporto tra le classi di età e la specificità del territorio. Viene infatti determinato moltiplicando le classi di popolazione residenti nell'ULSS per i seguenti coefficienti:

- 0,06% per la popolazione residente compresa nella fascia 0-64 anni;
- 0,65% (+0,5% per i territori di montagna<sup>8</sup> e Venezia insulare) per la popolazione tra 65 e 74 anni;
- 4,40% (+1% per i territori di montagna e Venezia insulare) per la popolazione *over* 75 anni.

Il trend del fabbisogno determinato con i criteri della 751/2000 (fabbisogno di residenzialità) e della 464/2006 (fabbisogno di impegnative) è perciò il seguente:

ULSS/anno	2000	2002	2007	2009	2011
1	717	726	983	1.002	1.022
2	465	475	639	657	683
3	665	688	798	842	896
4	736	766	854	891	942
5	624	649	759	802	860
6	1.186	1.237	1.424	1.504	1.606
7	972	986	1.148	1.197	1.247
8	891	902	1.051	1.100	1.170
9	1.543	1.598	1.863	1.962	2.087
10	824	871	1.014	1.074	1.162
12	1.745	1.823	2.050	2.351	2.634
13	853	901	1.088	1.165	1.272
14	500	513	605	631	375
15	814	844	1.014	1.074	1.152
16	1.756	1.872	2.088	2.196	2.667
17	822	832	966	1.011	1.045
18	922	944	1.048	1.083	1.112
19	365	378	421	444	474
20	1.977	2.054	2.388	2.507	2.663
21	759	779	776	809	851
22	949	990	1.166	1.233	1.324
TOT	20.085	20.828	24.143	25.535	27.244
DGR	751/2000	751/2000	457/2007	417/2009	190/2011

Tabella 11 – Fabbisogno di residenzialità. Trend 2000-2011. Elaborazione ARSS sulla base delle DGR citate in tabella

<sup>8</sup> Come previsto dalla LR 1/2004

## 2.2.2 I posti letto



Per quanto riguarda i posti letto, non è stato possibile recuperare ed evidenziare i dati di trend. In questo paragrafo analizziamo perciò il dato di cui ha preso atto la DGR 751/2000 e il metodo per la determinazione dei posti autorizzabili all'esercizio, rinviando al paragrafo 2.3 l'analisi dei posti letto rispetto all'anno di riferimento 2009.

### 2.2.2.1 Aspetti storici nella programmazione dei posti letto

La DGR 751/2000 ha delineato la programmazione della residenzialità sanitaria con assistenza intensiva sino al 2002, definendo la previsione dell'offerta di posti letto di residenzialità sanitaria extraospedaliera per anziani e altri non autosufficienti, ed evidenziando la situazione dei **posti letti preesistenti** e in corso di programmazione, che riportiamo nella Tabella 12.

ULSS	RSA da riconvers. osped.	di cui psich	RSA da riconvers. osped. Ex art. 20	stima RSA da riconvers.	Totale intens. <u>media</u>	case di riposo	di cui religiosi	case di riposo ex art. 20	Totale intensità <u>minima/ ridotta</u>	Totale
	A	B	C	D	E=A+C+D	F	G	H	I=F+H	L=E+I
1	0	0	105	0	105	611	0	19	630	735
2	180	180	90	0	270	614	8	57	671	941
3	162	62	0	0	162	832	113	12	844	1.006
4	190	115	61	0	251	863	16	24	887	1.138
5	90	90	70	0	160	587	0	85	672	832
6	86	86	0	90	176	1.792	115	15	1.807	1.983
7	0	0	0	0	0	1.075	24	72	1.147	1.147
8	52	52	0	140	192	1.048	9	79	1.127	1.319
9	140	140	0	0	140	1.313	16	38	1.351	1.491
10	0	0	120	0	120	390	0	19	409	529
12	237	30	180	0	417	1.391	9	0	1.391	1.808
13	0	0	20	0	20	536	0	17	553	573
14	0	0	60	0	60	357	5	85	442	502
15	48	0	160	0	208	498	0	0	498	706
16	100	100	130	0	230	1.565	24	70	1.635	1.865
17	89	27	0	0	89	638	0	155	793	882
18	390	0	16	0	406	852	0	74	926	1.332
19	0	0	0	0	0	311	0	0	311	311
20	240	150	50	0	290	1.785	18	112	1.897	2.187
21	0	0	0	0	0	875	0	67	942	942
22	96	0	0	35	131	1.083	125	144	1.227	1.358
<b>TOT</b>	<b>2.100</b>	<b>1.032</b>	<b>1.062</b>	<b>265</b>	<b>3.427</b>	<b>19.016</b>	<b>482</b>	<b>1.144</b>	<b>20.160</b>	<b>23.587</b>

Tabella 12 – Previsione dell'offerta di posti letto di residenzialità sociosanitaria per anziani non autosufficienti. Elaborazione dalla tabella 2 allegata alla DGR 751/2000

Il medesimo provvedimento ha definito anche il numero dei posti letto **accreditabili per il 2000 e il 2002** calcolati in funzione del fabbisogno con le percentuali illustrate in Tabella 10<sup>9</sup> non consentendo, salvo deroga disposta dalla Giunta regionale, nuove autorizzazioni ed attivazioni nelle ULSS con eccedenza tra posti esistenti e fabbisogno.

Nella Tabella 13 riportiamo i posti accreditabili per il 2000, con il saldo tra posti esistenti e posti accreditabili, che già evidenzia una situazione di sovradimensionamento di posti in alcuni territori.

<sup>9</sup> Formule per la determinazione dei Posti accreditabili per l'anno 2000: intensità media = (fabbisogno)x0,25+10%; intensità ridotta = (fabbisogno)x0,50+10%; intensità minima = (fabbisogno)x0,25+10%. Formule per la determinazione dei Posti accreditabili per l'anno 2002: intensità media = (fabbisogno)x0,27+10%; intensità ridotta = (fabbisogno)x0,53+10%; intensità minima = (fabbisogno)x0,20+10%.

ULSS	Accred. RSA media	Accred. RSA ridotta	Accred. Res. assistite (minima)	Totale Accreditabilità 2000	posti esistenti (senza psich)	saldo posti letto 2000
	A	B	C	D=A+B+C	E	F=D-E
1	197	394	197	788	735	-53
2	128	256	128	512	761	249
3	183	366	183	732	944	212
4	202	405	202	809	1.023	214
5	172	343	172	687	742	55
6	326	652	326	1.304	1.897	593
7	267	535	267	1.069	1.147	78
8	245	490	245	980	1.267	287
9	424	849	424	1.697	1.351	-346
10	227	453	227	907	529	-378
12	480	960	480	1.920	1.778	-142
13	235	469	235	939	573	-366
14	138	275	138	551	502	-49
15	224	448	224	896	706	-190
16	483	966	483	1.932	1.765	-167
17	226	452	226	904	855	-49
18	254	507	254	1.015	1.332	317
19	100	201	100	401	311	-90
20	544	1.087	544	2.175	2.037	-138
21	209	417	209	835	942	107
22	261	522	261	1.044	1.358	314
<b>TOT</b>	<b>5.525</b>	<b>11.047</b>	<b>5.525</b>	<b>22.097</b>	<b>22.555</b>	<b>458</b>

Tabella 13 – Posti letto accreditabili per l'anno 2000 e determinazione del saldo tra posti esistenti e posti accreditabili. Elaborazione ARSS da DGR 751/2000. Il dato della colonna E è ricavato alla tabella precedente (colonna L - colonna B)

### 2.2.2.2 La nuova programmazione

La DGR 464/2006 ha definito che il numero dei posti letto autorizzati deve essere superiore al numero delle impegnative emesse al fine di garantire la libera scelta da parte dell'utente, o della sua famiglia, del Centro di servizi maggiormente rispondente ai loro bisogni.

Con la programmazione definita dalla DGR 464/2006 è stato periodicamente ridefinito il numero dei posti autorizzabili il cui trend è riportato in Tabella 14, assieme al moltiplicatore che la Giunta regionale ha adottato per il calcolo del numero.

ULSS	DGR 751/2000 (vedi tabella precedente)	DGR 457/2007 (impegnative + 10%)	DGR 471/2009 (fabbisogno + 10%)	DGR 190/2011 (fabbisogno + 25%)
1	788	919	1.103	1.277
2	512	723	723	854
3	732	942	927	1.120
4	809	994	980	1.178
5	687	797	882	1.075
6	1.304	1.751	1.655	2.007
7	1.069	1.286	1.316	1.559
8	980	1.213	1.210	1.463
9	1.697	2.045	2.159	2.609
10	907	774	1.181	1.452
12	1.920	2.255	2.586	3.293
13	939	903	1.281	1.590
14	551	510	694	468
15	896	950	1.181	1.440
16	1.932	2.223	2.415	3.334
17	904	892	1.112	1.306
18	1.015	1.086	1.191	1.390
19	401	470	489	593

<b>20</b>	2.175	<b>2.627</b>	<b>2.758</b>	<b>3.329</b>
<b>21</b>	835	<b>836</b>	<b>890</b>	<b>1.064</b>
<b>22</b>	1.044	<b>1.218</b>	<b>1357</b>	<b>1.655</b>
<b>TOT</b>	22.097	<b>25.412</b>	<b>28.090</b>	<b>34.056</b>

Tabella 14 – Trend del numero dei posti letto di 1° e 2° livello autorizzabili. Elaborazione ARSS su DGR citate in tabella.

### 2.2.3 La retta e le impegnative di residenzialità



La **retta** costituisce il corrispettivo economico reso all'ente gestore per l'accoglienza della persona non autosufficiente in una struttura residenziale autorizzata, in relazione alla tipologia del servizio ed in relazione ai suoi bisogni assistenziali.

L'allegato A della DGR 464/2006 mette in evidenza la notevole differenziazione nel territorio regionale di importi ed entità delle rette praticate, proponendo una metodologia uniforme per il calcolo della retta giornaliera, parametrata sugli standard organizzativi e della tipologia di servizio offerto.

Dall'analisi delle singole voci che vengono considerate ai fini della retta, si rileva che le aree entro cui possono essere catalogate le singole voci di costo sono: spese per il personale, spese di amministrazione, spese generali, oneri finanziari ed ammortamenti, oneri straordinari, attività sociali, accantonamenti.

Il costo della retta viene suddiviso secondo lo schema seguente:



Il costo della **quota alberghiera** nelle istituzioni operanti nell'area della residenzialità con assistenza estensiva viene supportato direttamente dall'ospite interessato, oppure dal Comune di iscrizione anagrafica, nei casi previsti dalla legislazione vigente.

La DGR 464/2006 definisce la **impegnativa di residenzialità**<sup>10</sup> come il titolo che viene rilasciato al cittadino per l'accesso alle prestazioni rese nei servizi residenziali e semiresidenziali della Regione del Veneto, autorizzati all'esercizio ai sensi della LR 22/2002.

L'Azienda ULSS rilascia l'impegnativa sulla base della graduatoria unica della residenzialità nel limite del numero massimo annuo *equivalente* delle impegnative stabilito dalla programmazione regionale ed in concomitanza con la disponibilità del posto presso il centro di servizio scelto dalla persona.

L'assegnazione delle impegnative di residenzialità alle Aziende ULSS avviene con apposito provvedimento della Giunta regionale, nel rispetto delle disponibilità del bilancio regionale, tenuto conto, nei limiti della programmazione regionale, dei Piani di Zona, ed in relazione al fabbisogno.

Entro il 31 dicembre di ogni anno la Regione definisce per ogni Azienda ULSS il numero di impegnative assegnabili per l'anno successivo compresa la *quota massima* riconoscibile per le prestazioni di rilievo sanitario, in relazione ai livelli di intensità assistenziale. L'aumento del numero delle impegnative è disposto anche sulla base di specifiche disposizioni del legislatore regionale.

<sup>10</sup> Precedentemente il sistema era basato sull'assegnazione delle "quote" alle strutture tramite le Aziende ULSS.

### *I criteri di accesso ai servizi residenziali per le persone anziane non autosufficienti*

La Giunta regionale, con la DGR 456/2007 ha aggiornato i criteri di accesso ai servizi residenziali per le persone anziane non autosufficienti già previsti dalla DGR 3632/2002. Con questo provvedimento la Regione aveva definito l'assetto organizzativo del sistema della residenzialità extraospedaliera come delineato dalla DGR 751/2000, che comportava quale essenziale componente evolutiva l'attivazione dei processi di mobilità. Mobilità intesa quale facoltà di ogni cittadino di scegliere il Centro Servizi che meglio si adatta alle proprie esigenze.

La DGR 3632/2002 aveva perciò istituito il Registro Unico della Residenzialità (R.U.R.) in ogni Azienda ULSS come strumento di attribuzione, di gestione e di regolazione delle impegnative di residenzialità. Il processo programmatico è stato completato con le successive DGR 464/2006 e 394/2007 dove, nello specifico, è stato ribadito che **l'impegnativa di residenzialità** costituisce il titolo per spendere la quota di rilievo sanitario legata all'assistenza sanitaria all'interno della retta applicata presso i centri di servizio autorizzati e/o accreditati. **L'impegnativa è rilasciata sulla base della gravità della situazione e consente l'esercizio della libera scelta per l'accoglienza nei centri residenziali autorizzati.**

Lo schema contenuto nel documento allegato alla DGR 456/2007 contiene l'articolazione nel territorio regionale di alcuni elementi che si ritengono prioritari per una corretta e uniforme modalità gestionale da parte delle Aziende ULSS e per assicurare modalità di accesso eque e trasparenti per tutti i cittadini.

Tali elementi fondamentali sono:

- Il Direttore Generale dell'Azienda ULSS è titolare della istituzione del R.U.R., attraverso il Direttore dei Servizi Sociali, che ne segue l'attuazione avvalendosi delle apposite strutture aziendali.
- Il registro unico della residenzialità deve contenere, oltre alle sezioni già articolate dalla DGR 3632/2002, una graduatoria unica distinta per tipologia di impegnativa di residenzialità per l'accesso ai servizi residenziali territoriali.
- L'aggiornamento della graduatoria del Registro Unico della Residenzialità avviene costantemente attraverso la comunicazione delle disponibilità del posto da parte delle strutture e la comunicazione dei nuovi aventi diritto da parte della Azienda ULSS.
- A parità di punteggio la priorità è valutata nelle singole Aziende ULSS secondo criteri locali ma formalizzati.

Con DGR 1133/2008 la Giunta regionale ha definitivamente la **nuova scheda SVAMA** (scheda di valutazione multidimensionale dell'anziano) e, con essa, è stato determinato il punteggio minimo (fissato in 60 punti) per stabilire la priorità d'accesso degli ospiti non autosufficienti ai servizi residenziali, per l'assegnazione della quota sanitaria regionale e per l'iscrizione al registro unico della residenzialità.

La deliberazione ha uniformato le difformità allora esistenti tra le ULSS in merito all'attribuzione dei punteggi di priorità nell'accesso ai servizi residenziali da parte delle persone non autosufficienti. Con i nuovi criteri i punteggi vengono determinati in modo inequivocabile ed uniforme su tutto il territorio regionale, assicurando alle persone in condizioni di bisogno pari opportunità nell'esercizio della libera scelta.

L'individuazione della soglia di accesso a 60 punti, deriva da calcoli complessi e specifici espressi dalla scheda SVAMA, che tengono in considerazione, trasformandoli in punti percentuali da 0 a 100, le condizioni di dipendenza in cui le persone vengono a trovarsi a causa della propria situazione sociale e sanitaria, anche in considerazione dei diversi aspetti della situazione personale. Il punteggio 60 consente di salvaguardare le situazioni personali caratterizzate da un elevato bisogno di protezione sociale e che, nello stesso tempo, presentano livelli minimi di bisogno sanitario.

#### **2.2.3.1 Quante sono le impegnative di residenzialità**

La Tabella 15 riporta il numero delle impegnative assegnate a ciascuna Azienda ULSS successivamente a tale provvedimento programmatico, a partire dalla DGR 457/2007. Questo provvedimento ha effettuato una ricognizione della situazione esistente e, sulla base dei dati di mobilità interaziendale degli ospiti dei centri di servizio, ha calcolato per il 2007 un graduale allineamento delle impegnative assegnate alle Aziende ULSS sovradimensionate verso le Aziende sottodimensionate.

L'aumento registrato è altresì dovuto all'applicazione della DGR 1322/2007, che ha dato attuazione all'articolo 22 della Legge regionale n. 2 del 1 febbraio 2007, "Legge Finanziaria Regionale per l'esercizio 2007". Il meccanismo di questa norma è illustrato in nota<sup>11</sup>.

Periodo/ ULSS	ante 2007		2007		2008-2009		2009-2010		2011	
	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°
1	719	48	788	48	776	48	795	48	852	48
2	647	24	633	24	644	24	644	24	644	24
3	698	244	612	244	682	244	682	244	682	244
4	757	219	684	219	760	219	760	219	760	219
5	746	48	677	48	694	48	701	48	701	48
6	1.478	270	1.322	270	1.411	337	1.411	337	1.411	337
7	971	192	977	192	973	192	977	192	977	192
8	991	222	826	222	905	222	905	222	905	222
9	1.617	192	1.667	192	1.609	240	1.621	240	1.621	240
10	535	72	631	72	628	72	669	72	669	72
12	1.417	549	1.501	549	1.501	549	1.534	549	1.534	549
13	586	96	725	96	697	96	737	96	737	96
14	389	72	392	72	430	72	444	72	444	72
15	623	216	647	216	653	216	675	216	675	216
16	1.609	360	1.661	360	1.678	360	1.695	360	1.695	360
17	586	158	653	158	643	158	666	158	666	158
18	800	210	778	210	802	210	810	210	810	210
19	391	48	379	48	367	48	370	48	370	48
20	1.817	445	1.943	445	1.943	445	1.956	445	1.956	445
21	748	48	712	48	725	48	729	48	729	48
22	1.072	118	989	118	1.009	118	1.021	118	1.021	118
<b>TOT</b>	<b>19.197</b>	<b>3.851</b>	<b>19.197</b>	<b>3.851</b>	<b>19.530</b>	<b>3.966</b>	<b>19.802</b>	<b>3.966</b>	<b>19.859</b>	<b>3.966</b>
	<i>dgr 457/2007</i>				<i>dgr 4200/2007</i>		<i>dgr 3903/2009</i>		<i>dgr 2649/2010</i>	

Tabella 15 – Trend delle assegnazioni delle quote di rilievo sanitario per le impegnative di residenzialità. Elaborazione ARSS sulle DGR citate nella tabella. La DGR 2649/2010 ha solo aggiunto 57 impegnative all'Azienda ULSS 1.

### 2.2.3.2 Il valore delle impegnative di residenzialità

La Tabella 16 illustra il trend del valore delle quote di rilievo sanitario/impegnative di residenzialità di 1° e 2° livello dal 2000 al 2010.

Anno	1° livello	Incremento dall'anno precedente	2° livello	Incremento dall'anno precedente
2000	33,57	-	36,15	-
2001	36,15	7,69%	41,31	14,27%
2002	37,59	3,98%	42,96	3,99%

<sup>11</sup> Tale norma ha disposto di aggiornare l'offerta di residenzialità per anziani non autosufficienti ospiti in Centri servizi residenziali della Regione Veneto definendo un complesso meccanismo aggiuntivo alla programmazione della DGR 464/2006. Si è così stabilita l'assegnazione *nominativa* fino alla concorrenza massima di "250 quote di rilievo sanitario con decorrenza 1° gennaio 2007, a favore di persone in condizioni di non autosufficienza ospitate nei centri di servizi in possesso della prescritta autorizzazione al funzionamento e che risultino accolti in condizione di non autosufficienza certificata al 31 dicembre 2005". La norma allo stesso tempo ha stabilito "di assegnare ulteriori 250 quote di rilievo sanitario con decorrenza 1° gennaio 2007, a favore di persone in condizioni di non autosufficienza ospiti nei centri di servizio residenziali in possesso della prescritta autorizzazione al funzionamento come definiti dalla nuova programmazione della residenzialità extraospedaliera".

Esaurite le graduatorie di queste persone, le quote rientrano nelle disponibilità della Regione, che provvede ad assegnarle alle Aziende ULSS sotto parametro, in proporzione alla parte mancante rispetto al fabbisogno.

2003	39,85	6,01%	45,54	6,01%
2004	41,25	3,51%	47,14	3,51%
2005	43,31	4,99%	47,14	0,00%
2006	44,61	3,00%	49,50	5,01%
2007	45,73	2,51%	52,26	5,58%
2008	46,87	2,49%	53,57	2,51%
2009	47,81	2,01%	54,64	2,00%
2010	49,00	2,49%	56,00	2,49%

Tabella 16 – Trend del valore delle quote di rilievo sanitario/impegnative di residenzialità per anziani non autosufficienti di 1° e 2° livello. Elaborazione ARSS su deliberazioni della Giunta regionale

Il valore giornaliero della quota è scomponibile per voci di costo. Per ultima temporalmente la DGR 2646/2007 ha definito la scomposizione della quota di rilievo sanitario per i livelli di intensità sanitaria per l'anno 2007, come illustrato nelle tabelle che seguono (per gli anni successivi, a livello aziendale è stata comunemente incrementata in modo proporzionale ogni voce di composizione della quota).

<b>Intensità Ridotto/Minima – 1° livello - 2007</b>	
Operatori Socio-Sanitari	34.74
Infermieri	7.50
Coordinatore	1.06
Area sociale	2.43
<b>Totale</b>	<b>45.73</b>

Tabella 17 – Scomposizione della quota giornaliera di rilievo sanitario di 1° livello. DGR 2647/2007

<b>Intensità Media – 2° livello - 2007</b>	
Operatori Socio-Sanitari	38.46
Infermieri	10.44
Coordinatore	1.38
Area sociale	1.97
<b>Totale</b>	<b>52.26</b>

Tabella 18 – Scomposizione della quota giornaliera di rilievo sanitario di 2° livello. DGR 2647/2007

Tuttavia non è stato dato ancora riscontro alla disposizione contenuta nella DGR 464/2006 (Allegato A, lett. l) per cui «con apposito atto la Giunta regionale provvede alla definizione della percentuale per singola voce di costo nell'ambito della retta giornaliera. Gli enti gestori di servizi residenziali trasmettono annualmente alla Direzione regionale competente il prospetto riassuntivo di determinazione delle rette, con evidenziazione degli elementi quantitativi che hanno portato alla quantificazione delle rette annuali». Tale elemento può risultare propedeutico ad una più precisa rivalutazione annua delle quote di rilievo sanitario che tenga conto degli indici di aumento del costo della vita o del costo del lavoro o degli oneri finanziari, ecc., per ogni singola voce di costo.

## 2.2.4 Il finanziamento della residenzialità nel riparto del FRNA e del FSR



Abbiamo visto nel Grafico 3 qual è il valore della residenzialità nell'ambito del riparto del Fondo per la non autosufficienza. Il trend storico di tale finanziamento è illustrato nella Tabella 19, nella quale si evidenzia l'incremento rispetto all'anno precedente e si illustrano a margine gli incrementi del FRNA e del FSR.

anno	Trend finanziamento Residenzialità €	incremento	Trend FRNA €	incremento	Trend FSR €	incremento
2001	281.902.833,80		318.066.695,24		4.913.074.622,86	
2002	288.618.000,00	2,38%	328.813.000,00	3,38%	5.399.680.000,00	9,90%
2003	308.565.000,00	6,91%	348.521.000,00	5,99%	5.559.492.000,00	2,96%
2004	338.694.000,00	9,76%	381.000.000,00	9,32%	5.833.115.000,00	4,92%
2005	355.000.000,00	4,81%	393.100.000,00	3,18%	6.408.826.000,00	9,87%
2006	400.000.000,00	12,68%	441.000.000,00	12,19%	6.670.000.000,00	4,08%
2007	415.000.000,00	3,75%	456.000.000,00	3,40%	7.053.369.000,00	5,75%
2008	435.001.000,00	4,82%	481.003.000,00	5,48%	7.303.469.000,00	3,55%
2009	445.875.000,00	2,50%	668.450.000,00	38,97%*	7.712.882.000,00	5,61%
2010	456.448.740,00	2,37%	668.450.000,00	0,00%	7.894.975.000,00	2,36%

Tabella 19 – Trend dei valori del finanziamento residenzialità anziani, del FRNA e del FSR 2001-2010. Elaborazione ARSS su atti della Giunta regionale. (\* questo valore di incremento è spiegato nel paragrafo 1.3.3)

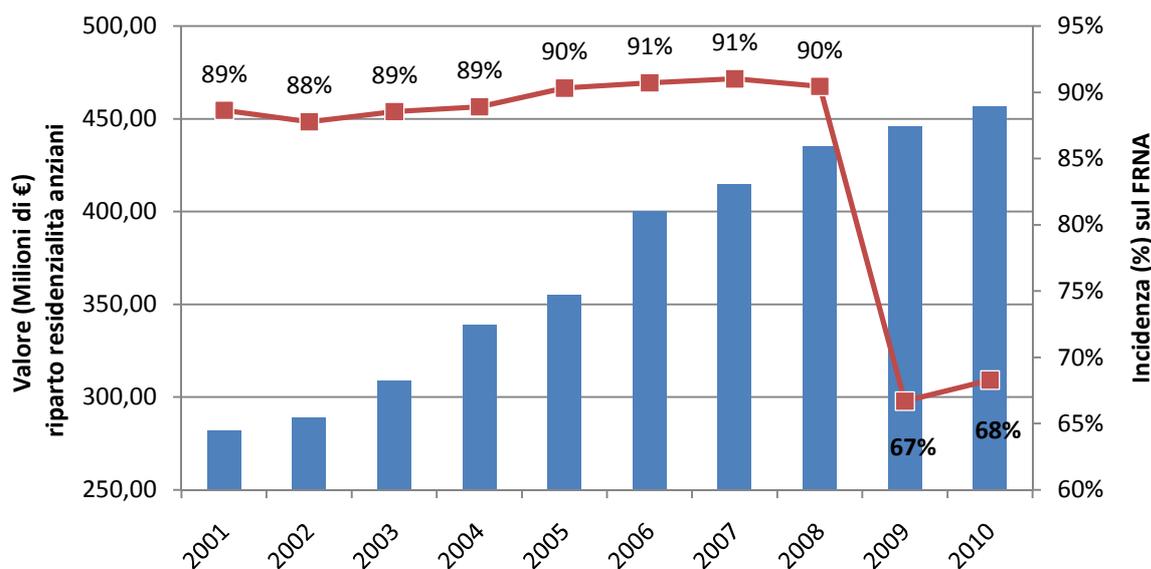


Grafico 6 – Trend dell'incidenza del riparto residenzialità anziani sul totale del FRNA. Anni 2001-2010.

## 2.2.5 I costi della residenzialità



Abbiamo introdotto al paragrafo 1.4.1 la rilevazione dei dati di costo delle Aziende ULSS associati all'erogazione dei Livelli di assistenza, rinviando l'analisi nell'ambito dei servizi a cui si riferiscono. Nella Tabella 20 di questo paragrafo rappresentiamo il trend di costi registrato dal 2003 al 2009 per i sub livelli assistenziali della residenzialità e semiresidenzialità degli anziani non autosufficienti.

Le macrovoci economiche che si considerano in questa rilevazione sono quelle considerate come significative a livello nazionale ai fini delle analisi per il monitoraggio e la valutazione dei costi per i livelli di assistenza. Possiamo così sintetizzarle:

- A. **Consumi sanitari:** si intendono i costi dei beni sanitari consumati per la produzione ed erogazione delle prestazioni e dei servizi inclusi nello specifico sub-livello di assistenza; ad esempio: farmaci, sieri, vaccini, presidi medico chirurgici, protesi, reagenti, materiali diagnostici, ecc...
- B. **Consumi non sanitari:** costi dei beni non sanitari consumati per la produzione ed erogazione delle prestazioni e dei servizi inclusi nello specifico sub-livello di assistenza; ad esempio: materiali di pulizia e di convivenza in genere, cancelleria, combustibili, carburanti, lubrificanti, ecc.
- C. **Prestazioni sanitarie:** costi sostenuti per l'acquisto di prestazioni da soggetti erogatori accreditati, sia pubblici che privati, inclusi gli accantonamenti per il rinnovo dei contratti di Medici di Medicina Generale e di Pediatri di Libera Scelta e le poste straordinarie relative alle convenzioni. Si esemplificano le voci: medicina di base; servizi sanitari per farmaceutica prestazioni di distribuzione farmaci; assistenza specialistica ambulatoriale; assistenza riabilitativa; assistenza integrativa e protesica; trasporto sanitario; prestazioni Socio-Sanitaria a rilevanza sanitaria.
- D. **Servizi sanitari per l'erogazione delle prestazioni:** costi sostenuti per l'acquisto di servizi sanitari necessari per l'erogazione della prestazione, quali: rimborsi, assegni e contributi sanitari, consulenze e altri servizi sanitari e socio-sanitari.
- E. **Servizi non sanitari:** costi sostenuti per l'acquisto di servizi non sanitari necessari per l'erogazione della prestazione. Es.: servizio di pulizia, lavanderia, riscaldamento ecc., formazione, manutenzione e riparazione ordinaria esternalizzata, godimento di beni.
- F. **Personale - ruolo sanitario:** costi sostenuti per personale del ruolo sanitario che presta servizio nella Azienda e partecipa al processo di erogazione delle prestazioni/servizi, compresa l'indennità al personale universitario dell'area sanitaria.

- G. **Personale - ruolo professionale:** costi sostenuti per il personale del ruolo professionale che presta servizio nella Azienda e partecipa al processo di erogazione delle prestazioni/servizi, compreso il personale universitario.
- H. **Personale - ruolo tecnico:** costi sostenuti per il personale del ruolo tecnico che presta servizio nella Azienda e partecipa al processo di erogazione delle prestazioni/servizi, compreso il personale universitario
- I. **Personale - ruolo amministrativo:** costi sostenuti per il personale del ruolo amministrativo che presta servizio nella Azienda e partecipa al processo di erogazione delle prestazioni/servizi, compreso il personale universitario.
- J. **Ammortamenti:** costi per l'ammortamento di impianti, macchinari, mobili, arredi immobili e immobilizzazioni immateriali attribuibili al processo di produzione ed erogazione delle prestazioni/servizi.
- K. **Sopravvenienze/insussistenze:** costi straordinari non prevedibili in esercizi precedenti, attribuibili al processo di produzione ed erogazione delle prestazioni/servizi, quali, ad esempio: sopravvenienze e insussistenze passive e altri oneri straordinari.
- L. **Oneri finanziari, svalutazioni, minusvalenze:** somma dei costi sostenuti per le seguenti voci: interessi passivi; altri oneri; svalutazioni; minusvalenze.
- M. **Altri costi:** somma dei costi sostenuti per le seguenti voci: svalutazione crediti; accantonamenti per rischi; accantonamenti per interessi di mora; altri accantonamenti; imposte e tasse a carico dell'azienda, alle quali vanno sottratti i costi dell' IRAP del personale dipendente; oneri diversi di gestione.
- N. **Totale:** somma in orizzontale di tutti i costi attribuibili al processo di produzione ed erogazione delle prestazioni e dei servizi.
- I costi degli LA sono comprensivi dei costi aziendali diretti ed indiretti.

MACROVOCE	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
A - Consumi sanitari	9.933,00	9.955,00	11.970,00	12.609,00	13.769,00	16.021,00	15.263,00
B - Consumi non sanitari	777,00	606,00	705,00	1.403,00	568,00	661,00	843,00
C - Costi prest. sanitarie	326.198,00	349.274,00	341.455,00	420.323,00	292.288,00	467.369,00	469.313,00
D - Costi servizi sanitari	21.247,00	23.614,00	25.001,00	5.470,00	143.430,00	13.771,00	6.234,00
E - Costi servizi non sanitari	6.787,00	7.495,00	9.427,00	8.474,00	8.103,00	9.421,00	9.309,00
F - Personale sanitario	3.890,00	3.461,00	4.219,00	4.871,00	4.480,00	6.368,00	6.433,00
G - Personale professionale	19,00	17,00	25,00	20,00	15,00	23,00	28,00
H - Personale tecnico	1.184,00	1.255,00	1.668,00	1.730,00	1.103,00	1.429,00	3.119,00
I - Personale amministrativo	1.407,00	1.132,00	1.370,00	1.584,00	1.666,00	2.192,00	1.907,00
J - Ammortamenti	904,00	1.017,00	1.292,00	1.387,00	1.353,00	2.004,00	1.552,00
K - Sopravvenienze/Insussist.	153,00	2.334,00	2.754,00	764,00	5.126,00	1.712,00	811,00
M - Altri costi	1.619,00	1.336,00	1.152,00	758,00	917,00	1.497,00	820,00
<b>N - Totale</b>	<b>374.118,00</b>	<b>401.496,00</b>	<b>401.038,00</b>	<b>459.393,00</b>	<b>472.818,00</b>	<b>522.468,00</b>	<b>515.632,00</b>

Tabella 20 – Costi degli LA relativi alla semiresidenzialità e residenzialità degli anziani non autosufficienti. Trend anni 2003-2009. Valori in migliaia di €.

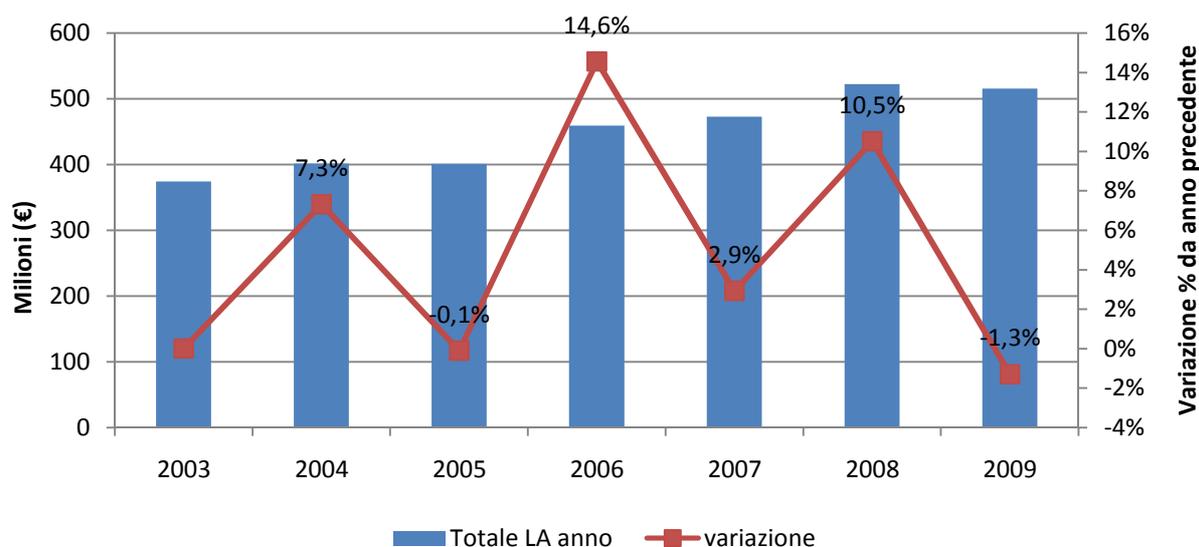


Grafico 7 - Costi degli LA relativi alla semiresidenzialità e residenzialità degli anziani non autosufficienti. In evidenza le variazioni dall'anno precedente. Trend anni 2003-2009.

In Tabella 20 si nota la preponderanza della voce dei costi delle prestazioni sanitarie, che comprendono sia il pagamento delle impegnative di residenzialità (finanziato dal riparto del Fondo per la non autosufficienza) che l'acquisto di ulteriori prestazioni di carattere sanitario (sostenuto dal fondo sanitario).

**In altri termini, una quota dei costi legati alla residenzialità anziani che varia dall'11 al 18% nel periodo considerato, non trova stabilmente copertura nel riparto del corrispondente finanziamento.**

Quanto detto è evidenziato dalla Tabella 21, che mette in rapporto il trend storico di finanziamento per l'area delle residenzialità (e semiresidenzialità) degli anziani non autosufficienti con i costi rilevati dagli LA.

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Totale LA</b>	<b>A</b>	374.118,00	401.496,00	401.038,00	459.393,00	472.818,00	522.468,00	515.632,00
<b>di cui costi delle prestazioni sanitarie</b>	<b>B</b>	326.198,00	349.274,00	341.455,00	420.323,00	292.288,00	467.369,00	469.313,00
<b>trend del Finanziamento della residenzialità anziani</b>	<b>C</b>	308.565,00	338.694,00	355.000,00	400.000,00	415.000,00	435.001,00	445.875,00
<b>Differenza (A-C)</b>	<b>D</b>	65.553,00	62.802,00	46.038,00	59.393,00	57.818,00	87.467,00	69.757,00
<b>Rapporto Finanziamento /costi (C/A)</b>	<b>E</b>	82%	84%	89%	87%	88%	83%	86%

Tabella 21 – Rapporto tra finanziamento regionale residenzialità anziani e totali degli LA per il sub livelli di semiresidenzialità e residenzialità anziani. Anni 2003-2009. Valori in migliaia di €.

Faremo ulteriori approfondimenti nel corso dell'analisi dell'anno 2009, nel paragrafo 2.3.

## 2.3 Analisi nell'anno 2009.

Esaminati i dati di trend, prendiamo come riferimento l'anno 2009 per analizzare in dettaglio i servizi per la residenzialità e cercare di individuare rispetto a questi, dei parametri-obiettivo, o standard.

Utilizziamo a tale scopo il parametro teorico di fabbisogno, che abbiamo definito paragrafo 2.2.1, relativamente all'anno 2009.

## 2.3.1 Le impegnative assegnate al 31 dicembre 2009



La Tabella 22 illustra per ciascuna tipologia di servizio residenziale i numeri delle impegnative previste dalla programmazione regionale.

ULSS	1° livello	2° livello	1° livello per religiosi	2° livello per religiosi	Centro diurno	SAPA	SVP	Totale
1	795	48	0	0	49	10	0	959
2	644	24	38	0	24	10	0	740
3	682	244	138	24	34	0	8	1.130
4	760	219	46	0	35	10	6	1.076
5	701	48	18	0	26	10	6	809
6	1.411	337	110	0	98	0	10	1.966
7	977	192	54	0	110	10	10	1.353
8	905	222	9	0	44	10	10	1.200
9	1.621	240	57	0	108	15	12	2.053
10	669	72	0	0	10	10	10	771
12	1.534	549	0	0	98	15	12	2.208
13	737	96	36	0	63	0	4	936
14	444	72	0	0	65	0	6	587
15	675	216	35	0	46	20	16	1.008
16	1.695	360	39	0	162	0	24	2.280
17	666	158	0	0	45	10	0	879
18	810	210	0	0	0	10	4	1.034
19	370	48	0	0	0	0	4	422
20	1.956	445	18	0	80	0	11	2.510
21	729	48	6	0	8	10	0	801
22	1.021	118	191	0	106	0	12	1.448
<b>Tot</b>	<b>19.802</b>	<b>3966</b>	<b>795</b>	<b>24</b>	<b>1.211</b>	<b>150</b>	<b>165</b>	<b>26.11326.17070</b>

Tabella 22 – Impegnative di residenzialità per tipologia di offerta per ULSS al 31/12/2009. Fonte: Per le impegnative di 1 e 2 livello DGR 3903/2009 e DGR 2649/2010. Altri dati forniti da Osservatorio regionale.

Non sono incluse nella tabella le Impegnative ex DGR 1322/2007 che sono ancora assegnate nominativamente agli aventi diritto ai sensi dell'articolo 22 della Legge regionale n. 2 del 1 febbraio 2007 (cfr. par. 2.2.5).

Se suddividiamo il numero delle impegnative (limitandoci a quelle di 1° e di 2° livello, con esclusione di quelle per religiosi che non rientrano nella programmazione territoriale<sup>12</sup>) per il fabbisogno, possiamo individuare le Aziende che stanno al di sopra o al di sotto dello standard regionale.

La media regionale è di 93 impegnative ogni 100 unità di fabbisogno. La Tabella 23, che visualizziamo con il Grafico 8 non necessita di particolari commenti.

ULSS	Impegnative di 1° e 2° livello	fabbisogno	parametrazione	Scostamento del parametro dalla media regionale
1	843	1.002	84%	0,90
2	668	657	102%	1,09
3	926	842	110%	1,18
4	979	891	110%	1,18

<sup>12</sup> Questa tipologia assistenziale nasce dal fatto che nella nostra regione vi sono numerose "case madri" di organizzazioni religiose che hanno creato delle strutture per accogliere i religiosi in condizione di non autosufficienza, senza gravare sulla programmazione territoriale.

5	749	802	93%	1,00
6	1.748	1.504	116%	1,25
7	1.169	1.197	98%	1,05
8	1.127	1.100	102%	1,10
9	1.861	1.962	95%	1,02
10	741	1.074	69%	0,74
12	2.083	2.351	89%	0,95
13	833	1.165	72%	0,77
14	516	631	82%	0,88
15	891	1.074	83%	0,89
16	2.055	2.196	94%	1,01
17	824	1.011	82%	0,88
18	1.020	1.083	94%	1,01
19	418	444	94%	1,01
20	2.401	2.507	96%	1,03
21	777	809	96%	1,03
22	1.139	1.233	92%	0,99
<b>REGIONE</b>	<b>23.768</b>	<b>25.535</b>	<b>93%</b>	<b>1,00</b>

Tabella 23 – Parametrazione delle impegnative di residenzialità di 1° e 2° livello al fabbisogno al 31/12/2009.

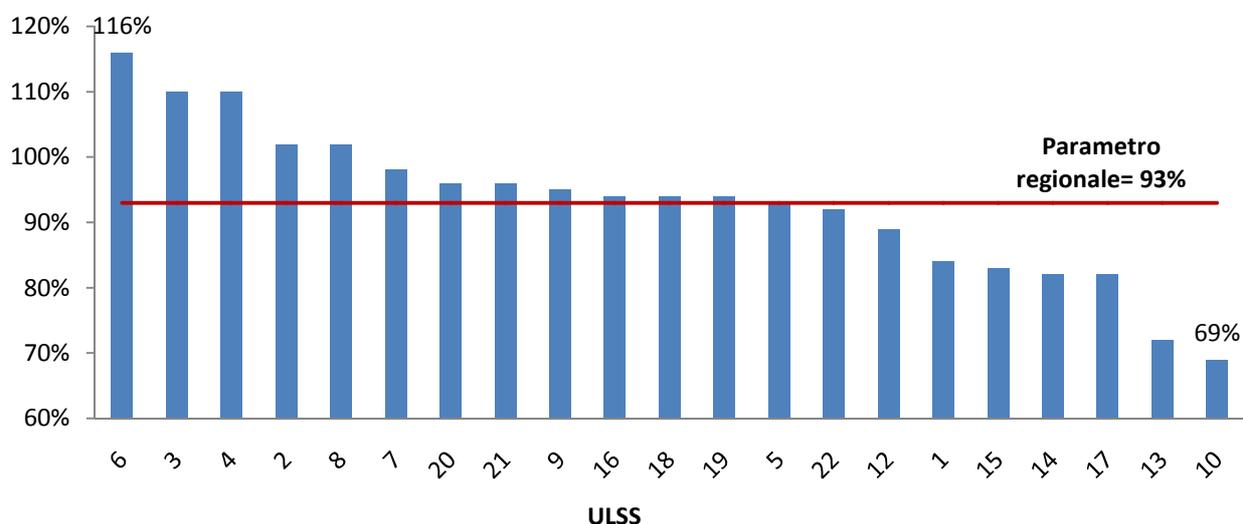


Grafico 8 – Parametrazione delle impegnative di residenzialità di 1° e 2° livello al fabbisogno al 31/12/2009.

### 2.3.2 I posti disponibili nel 2009



La Tabella 24, ricavata dai dati forniti dalle ULSS all'Osservatorio regionale, illustra il numero dei posti disponibili, per ciascuna ULSS e per tipologia di offerta.

ULSS	Posti di 1° livello	Posti di 2° livello	Posti per Religiosi di 1° livello	Posti per Religiosi di 2° livello	Posti di centro diurno	Posti in SAPA	Posti in SVP	Totale posti
1	738	48	-	-	49	10	-	845
2	734	24	38	-	24	10	-	830
3	1.172	345	138	24	34	-	8	1.721
4	810	246	46	-	35	10	6	1.153
5	934	272	18	-	26	10	6	1.266
6	1.623	337	110	-	98	-	10	2.178
7	1.153	192	54	-	90	10	10	1.509
8	990	222	9	-	44	10	10	1.285

9	1.824	701	57	-	108	15	12	2.717
10	589	218	-	-	10	10	10	837
12	1.387	503	-	-	98	15	12	2.015
13	734	63	36	-	63	-	4	900
14	413	90	-	-	65	-	6	574
15	710	192	35	-	46	20	16	1.019
16	1.890	375	39	-	162	-	24	2.490
17	531	200	-	-	45	10	-	786
18	940	365	-	-	-	10	4	1.319
19	398	48	-	-	-	-	4	450
20	2.004	525	18	-	80	-	11	2.638
21	912	48	6	-	8	10	-	984
22	1.453	256	191	-	106	-	12	2.018
<b>TOT</b>	<b>21.939</b>	<b>5.270</b>	<b>795</b>	<b>24</b>	<b>1.191</b>	<b>150</b>	<b>165</b>	<b>29.534</b>

Tabella 24 – Numero dei posti attivi nell’ambito della residenzialità per anziani non autosufficienti, per ULSS e per tipologia di offerta. Fonte Osservatorio regionale, su dati forniti dalla Aziende ULSS.

Anche in questo caso parametrriamo il numero dei posti di 1° e di 2° livello (esclusi i religiosi) al fabbisogno. La media regionale è di 107 posti ogni 100 unità di fabbisogno. E’ un valore *medio* vicino a quello fissato dalla DGR 417/2009, che prevedeva di poter autorizzare fino a 110 posti ogni 100 unità di fabbisogno. Questo parametro è stato poi modificato dalla DGR 190/2011 che ha portato il rapporto a 125 posti ogni 100 unità di fabbisogno.

Tuttavia il rapporto tra posti e fabbisogno è in forte disequilibrio tra i territori delle diverse ULSS, come viene evidenziato dalla Tabella 25.

ULSS	Posti disponibili di 1° e di 2° livello	fabbisogno	parametro
1	786	1.002	78%
2	758	657	115%
3	1.517	842	180%
4	1.056	891	119%
5	1.206	802	150%
6	1.960	1.504	130%
7	1.345	1.197	112%
8	1.212	1.100	110%
9	2.525	1.962	129%
10	807	1.074	75%
12	1.890	2.351	80%
13	797	1.165	68%
14	503	631	80%
15	902	1.074	84%
16	2.265	2.196	103%
17	731	1.011	72%
18	1.305	1.083	120%
19	446	444	100%
20	2.529	2.507	101%
21	960	809	119%
22	1.709	1.233	139%
<b>REGIONE</b>	<b>27.209</b>	<b>25.535</b>	<b>107%</b>

Tabella 25 – Rapporto tra posti di 1° e di 2° livello disponibili e fabbisogno al 31/12/2009. Elaborazione su dati raccolti dall’Osservatorio regionale

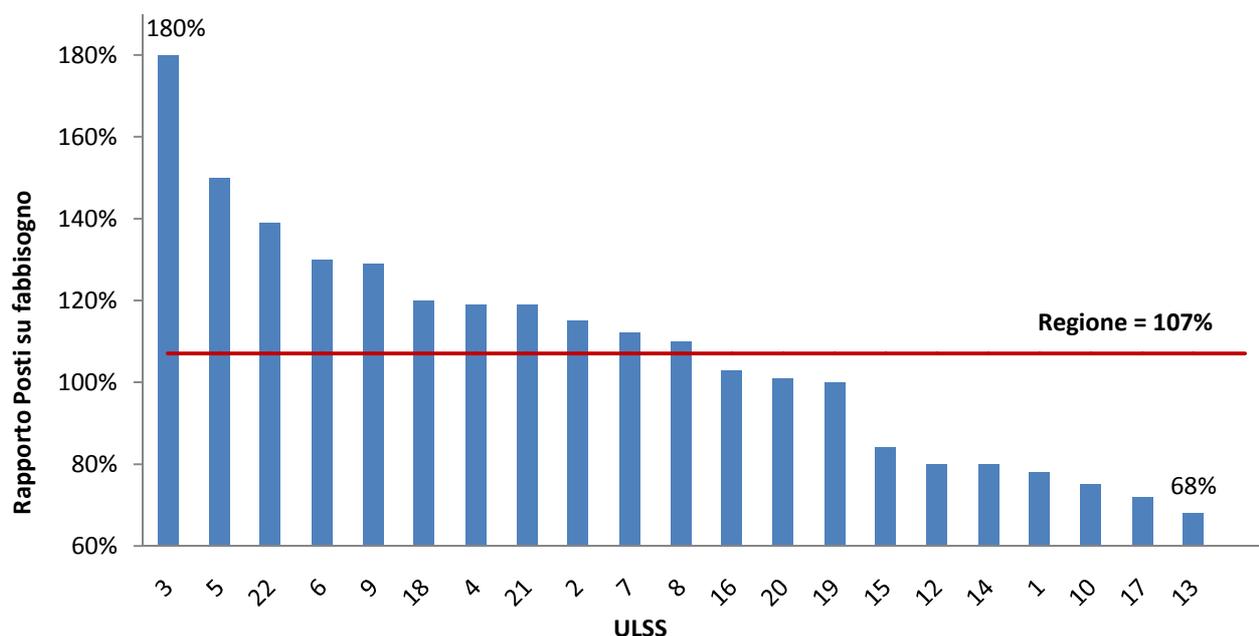


Grafico 9 – Rapporto tra posti di 1° e di 2° livello disponibili e fabbisogno al 31/12/2009. Elaborazione su dati raccolti dall'Osservatorio regionale

Confronteremo in seguito i risultati di queste tabelle per ciascuna ULSS.

La Tabella 26 mette invece a confronto il numero di impegnative con il numero di posti disponibili per ciascuna ULSS. La media regionale dice che vi sono 114 posti disponibili ogni 100 impegnative di residenzialità di 1° e 2° livello. E' un dato che corrisponde alla politica di libertà di scelta stabilita dalla DGR 464/2006.

Tuttavia vi sono aziende, quelle con un rapporto inferiore al 100%, nelle quali vi sono meno posti attivi disponibili di quante siano le impegnative assegnate. Ciò significa che gli utenti di queste ULSS dovranno fare ricorso alla mobilità verso strutture al di fuori della propria ULSS.

ULSS	Posti disponibili	Impegnative di 1° e 2° livello	rapporto	Scostamento dalla media regionale
	A	B	A/B	
1	786	843	93%	-21%
2	758	668	113%	-1%
3	1.517	926	164%	49%
4	1.056	979	108%	-7%
5	1.206	749	161%	47%
6	1.960	1.748	112%	-2%
7	1.345	1.169	115%	1%
8	1.212	1.127	108%	-7%
9	2.525	1.861	136%	21%
10	807	741	109%	-6%
12	1.890	2.083	91%	-24%
13	797	833	96%	-19%
14	503	516	97%	-17%
15	902	891	101%	-13%
16	2.265	2.055	110%	-4%
17	731	824	89%	-26%
18	1.305	1.020	128%	13%

19	446	418	107%	-8%
20	2.529	2.401	105%	-9%
21	960	777	124%	9%
22	1.709	1.139	150%	36%
<b>TOT</b>	<b>27.209</b>	<b>23.768</b>	<b>114%</b>	<b>0%</b>

Tabella 26 – Rapporto tra posti disponibili e impegnative di residenzialità di 1° e 2° livello e al 31/12/2009

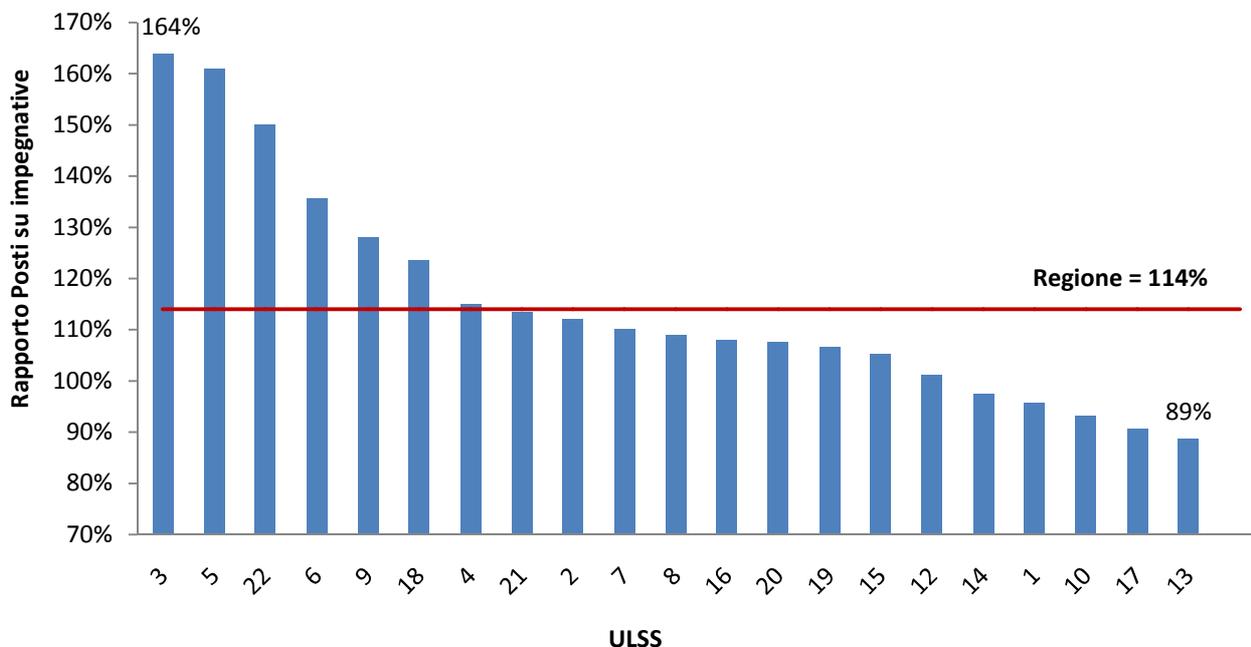


Grafico 10– Rapporto tra posti disponibili e impegnative di residenzialità di 1° e 2° livello e al 31/12/2009

### 2.3.4 Gli utenti



L'Osservatorio regionale ha condotto un'analisi sulla rendicontazione delle presenze – ai fini della determinazione dei costi delle impegnative di residenzialità delle persone non autosufficienti – della quale riportiamo qui di seguito i dati peculiari relativi all'anno 2009.

L'analisi condotta dall'Osservatorio parte dalla valutazione delle giornate di presenza dichiarate dalle Aziende ULSS per gli utenti residenti nel proprio territorio che utilizzano servizi presenti nel territorio stesso o in quello di altre Aziende.

Il numero delle giornate di presenza delle persone anziane non autosufficienti con impegnativa di residenzialità è conteggiato distintamente da quello delle loro eventuali giornate di ricovero ospedaliero, nel corso delle quali ai centri di servizio viene riconosciuto e pagato il 75% della quota di rilievo sanitario.

Viene così determinato il **numero di giornate di presenza equivalente nel territorio**, dato dalla sommatoria delle giornate di presenza e delle giornate di ricovero ospedaliero rapportate alla giornata di presenza (1 giornata di ricovero ospedaliero = 0,75 giornate di presenza).

Il totale delle giornate, su dati forniti dalle ULSS all'Osservatorio regionale, è rappresentato dalla Tabella 27.

ULSS	1° livello	2° livello	DGR 1322/07	SAPA	SVP	CD	Totale
1	270.426,50	18.158,00	-	3.629,00	-	9.208,00	<b>301.421,50</b>
2	247.462,75	8.701,00	12.272,50	3.633,00	-	7.162,00	<b>279.231,25</b>
3	255.046,50	87.700,75	22.704,75	-	1.952,00	7.445,00	<b>374.849,00</b>
4	275.312,50	84.390,75	2.188,75	150,00	669,00	7.609,00	<b>370.320,00</b>

5	270.276,50	26.176,00	8.805,00	1.933,00	2.185,00	6.245,00	<b>315.620,50</b>
6	517.082,50	104.834,25	1.448,00	-	2.049,00	21.504,00	<b>646.917,75</b>
7	371.206,00	67.470,75	4.433,50	3.503,00	2.751,00	16.470,00	<b>465.834,25</b>
8	328.514,25	70.261,00	1.071,00	201,00	3.607,00	10.015,00	<b>413.669,25</b>
9	590.296,25	132.049,50	2.739,50	5.341,00	4.196,00	22.796,00	<b>757.418,25</b>
10	189.665,50	25.796,50	-	3.404,00	3.584,00	1.605,00	<b>224.055,00</b>
12	515.528,75	171.363,75	730,00	1.912,00	3.970,00	12.851,00	<b>706.355,50</b>
13	229.132,75	34.049,25	727,25	-	727,00	10.571,00	<b>275.207,25</b>
14	160.644,75	25.404,25	2.921,50	-	2.117,00	14.344,00	<b>205.431,50</b>
15	224.842,75	68.873,25	-	6.448,00	4.156,00	5.707,00	<b>310.027,00</b>
16	615.770,25	140.693,00	5.981,00	-	8.719,00	29.404,00	<b>800.567,25</b>
17	179.540,75	72.450,50	-	2.623,00	-	11.108,00	<b>265.722,25</b>
18	303.624,75	72.067,50	4.179,00	1.415,00	240,00	-	<b>381.526,25</b>
19	130.410,75	17.033,75	-	-	1.211,00	-	<b>148.655,50</b>
20	715.636,00	139.785,75	3.419,50	-	3.918,00	5.633,00	<b>868.392,25</b>
21	264.094,50	17.659,25	8.758,00	866,00	-	1.791,00	<b>293.168,75</b>
22	452.996,50	41.472,00	5.970,00	-	3.835,00	14.928,00	<b>519.201,50</b>
<b>TOT</b>	<b>7.107.511,75</b>	<b>1.426.390,75</b>	<b>88.349,25</b>	<b>35.058,00</b>	<b>49.886,00</b>	<b>216.396,00</b>	<b>8.923.591,75</b>

Tabella 27 – Giornate di presenza equivalente, per tipologia assistenziale, per ULSS. Anno 2009. Fonte: Osservatorio regionale su dati forniti dalla Aziende ULSS.

Dividendo il numero delle giornate equivalenti per 365 otteniamo il numero degli utenti equivalenti. Questo valore – con eccezione per alcune tipologie assistenziali per alcune ULSS – è inferiore a quello delle impegnative, come si evince dalla Tabella 28.

Questo dato si presta ad alcune considerazioni che potranno essere oggetto di futuri approfondimenti. Un alto rapporto tra impegnative e utenti equivalenti può essere generato dall'ospedalizzazione degli ospiti dei centri di servizio; sarà opportuno approfondire con un'indagine a campione l'appropriatezza dei ricoveri.

ULSS	1° livello			2° livello			svp			sapa			totale		
	Utenti equivalenti	impegnative (con religiosi)	differenza	Utenti equivalenti	impegnative (con religiosi)	differenza	Utenti equivalenti	impegnative	differenza	Utenti equivalenti	impegnative	differenza	Utenti equivalenti	impegnative	differenza
1	740,89	795	54,11	49,75	48	-1,75	-	0	0,00	9,94	10	0,06	800,58	853	52,42
2	677,98	682	4,02	23,84	24	0,16	-	0	0,00	9,95	10	0,05	711,77	716	4,23
3	698,76	820	121,24	240,28	268	27,72	5,35	8	2,65	-	0	0,00	944,38	1096	151,62
4	754,28	806	51,72	231,21	219	-12,21	1,83	6	4,17	0,41	10	9,59	987,73	1041	53,27
5	740,48	719	-21,48	71,72	48	-23,72	5,99	6	0,01	5,30	10	4,70	823,48	783	-40,48
6	1416,66	1.521	104,34	287,22	337	49,78	5,61	10	4,39	-	0	0,00	1.709,50	1.868	158,50
7	1017,00	1031	14,00	184,85	192	7,15	7,54	10	2,46	9,60	10	0,40	1.218,99	1.243	24,01
8	900,04	914	13,96	192,50	222	29,50	9,88	10	0,12	0,55	10	9,45	1.102,97	1.156	53,03
9	1617,25	1.678	60,75	361,78	240	-121,78	11,50	12	0,50	14,63	15	0,37	2.005,16	1.945	-60,16
10	519,63	669	149,37	70,68	72	1,32	9,82	10	0,18	9,33	10	0,67	609,45	761	151,55
12	1412,41	1.534	121,59	469,49	549	79,51	10,88	12	1,12	5,24	15	9,76	1.898,01	2.110	211,99
13	627,76	773	145,24	93,29	96	2,71	1,99	4	2,01	-	0	0,00	723,04	873	149,96
14	440,12	444	3,88	69,60	72	2,40	5,80	6	0,20	-	0	0,00	515,52	522	6,48
15	616,01	710	93,99	188,69	216	27,31	11,39	16	4,61	17,67	20	2,33	833,75	962	128,25
16	1687,04	1.734	46,96	385,46	360	-25,46	23,89	24	0,11	-	0	0,00	2.096,39	2.118	21,61
17	491,89	666	174,11	198,49	158	-40,49	-	0	0,00	7,19	10	2,81	697,57	834	136,43
18	831,85	810	-21,85	197,45	210	12,55	0,66	4	3,34	3,88	10	6,12	1.033,83	1.034	0,17
19	357,29	370	12,71	46,67	48	1,33	3,32	4	0,68	-	0	0,00	407,28	422	14,72
20	1960,65	1.974	13,35	382,97	445	62,03	10,73	11	0,27	-	0	0,00	2.354,36	2.430	75,64
21	723,55	735	11,45	48,38	48	-0,38	-	0	0,00	2,37	10	7,63	774,30	793	18,70
22	1241,09	1.212	-29,09	113,62	118	4,38	10,51	12	1,49	-	0	0,00	1.365,22	1.342	-23,22
<b>Tot</b>	<b>19472,63</b>	<b>20597</b>	<b>1124,37</b>	<b>3.907,92</b>	<b>3990</b>	<b>82,08</b>	<b>136,67</b>	<b>165</b>	<b>28,33</b>	<b>96,05</b>	<b>150</b>	<b>53,95</b>	<b>23.613,28</b>	<b>24.902</b>	<b>1288,72</b>

Tabella 28 – Confronto, per livello e tipologia di servizio tra impegnative di residenzialità e utenti equivalenti. Elaborazione su dati forniti da Osservatorio regionale

## 2.3.5 Il valore delle quote di rilievo sanitario nel 2009

Abbiamo sinora esaminato i valori delle impegnative di 1° e 2° livello. La Tabella 29 illustra anche gli importi riconosciuti per le ulteriori tipologie di servizio (centro diurno, posti in SAPA, posti in SVP) per l'anno 2009.

Servizio/Intensità	€
<b>Impegnative di 1° livello</b>	<b>47,81</b>
<b>Impegnative di 2° livello</b>	<b>54,64</b>
<b>Posti di centro diurno</b>	<b>27,31</b>
<b>Posti in SAPA</b>	<b>103,29</b>
<b>Posti in SVP</b> (primi 180gg)	<b>180,76</b>
(oltre 180° g)	<b>157,62</b>

Tabella 29 – Valore delle quote di rilievo sanitario per anziani e altri non autosufficienti. Anno 2009

## 2.3.6 Determinazione del fabbisogno finanziario



Moltiplicando il valore delle impegnative per 365 giorni e per il numero delle stesse assegnate alle Aziende ULSS nel 2009 (cfr. Tabella 22), si ottiene il fabbisogno finanziario teorico per la residenzialità anziani, riferito al 2009.

Il calcolo è *teorico* perché non tiene conto dei giorni di mancata assegnazione delle impegnative e delle giornate di eventuale uscita degli ospiti dei centri di servizio per ricovero ospedaliero, per le quali viene pagato al centro di servizi il 75% del valore dell'impegnativa.

Allo stesso tempo, per quanto riguarda i Centri diurni, il valore delle impegnative è stato moltiplicato per 180 giorni, al fine di ottenere un risultato che si approssima al valore rilevato dall'Osservatorio regionale, come vedremo in Tabella 38.

Per quanto riguarda gli Stati vegetativi permanenti (SVP) si deve inoltre considerare che la quota assume un valore minore a partire dal 180° giorno di degenza. Questi dati sono riportati nella Tabella 30.

Tipologia assistenziale	Valore singole Impegnative €	Totale impegnative	Fabbisogno Finanziario €
<b>1° livello</b>	47,81	19.802	345.557.771,30
<b>2° livello</b>	54,64	3966	79.096.317,60
<b>religiosi di 1° livello</b>	47,81	795	13.873.266,75
<b>religiosi di 2° livello</b>	54,64	24	478.646,40
<b>centro diurno</b>	27,31	1.211	6.035.714,83
<b>SAPA</b>	103,29	150	5.655.127,50
<b>SVP (primi 180gg)</b>	180,76	165	10.186.456,50
<b>(oltre 180° g)</b>	157,62		
<b>TOTALE</b>		<b>26.113</b>	<b>460.886.312,13</b>

Tabella 30 – Spesa teorica per anziani e altri non autosufficienti. Anno 2009.

Dunque il dettaglio della precedente tabella, per Azienda ULSS, è il seguente:

ULSS	1° livello	2° livello	Religiosi 1° livello	Religiosi 2° livello	Centri diurni	SAPA	SVP	Totale
1	13.873.266,75	957.292,80	-	-	244.219,68	377.008,50	-	15.451.787,73
2	11.238.218,60	478.646,40	663.124,70	-	119.617,80	377.008,50	-	12.876.616,00
3	11.901.343,30	4.866.238,40	2.408.189,70	478.646,40	169.458,55	-	487.267,20	20.311.143,55
4	13.262.494,00	4.367.648,40	802.729,90	-	174.442,63	377.008,50	365.450,40	19.349.773,83
5	12.232.905,65	957.292,80	314.111,70	-	129.585,95	377.008,50	365.450,40	14.376.355,00
6	24.622.867,15	6.720.993,20	1.919.571,50	-	488.439,35	-	609.084,00	34.360.955,20
7	17.049.285,05	3.829.171,20	942.335,10	-	548.248,25	377.008,50	609.084,00	23.355.132,10
8	15.792.838,25	4.427.479,20	157.055,85	-	219.299,30	377.008,50	609.084,00	21.582.765,10
9	28.287.503,65	4.786.464,00	994.687,05	-	538.280,10	565.512,75	730.900,80	35.903.348,35
10	11.674.484,85	1.435.939,20	-	-	49.840,75	377.008,50	609.084,00	14.146.357,30
12	26.769.297,10	10.949.036,40	-	-	488.439,35	565.512,75	730.900,80	39.503.186,40
13	12.861.129,05	1.914.585,60	628.223,40	-	313.996,73	-	243.633,60	15.961.568,38
14	7.748.088,60	1.435.939,20	-	-	323.964,88	-	365.450,40	9.873.443,08

15	11.779.188,75	4.307.817,60	610.772,75	-	229.267,45	754.017,00	974.534,40	18.655.597,95
16	29.578.851,75	7.179.696,00	680.575,35	-	807.420,15	-	1.461.801,60	39.708.344,85
17	11.622.132,90	3.151.088,80	-	-	224.283,38	377.008,50	-	15.374.513,58
18	14.135.026,50	4.188.156,00	-	-	-	377.008,50	243.633,60	18.943.824,60
19	6.456.740,50	957.292,80	-	-	-	-	243.633,60	7.657.666,90
20	34.133.471,40	8.874.902,00	314.111,70	-	398.726,00	-	669.992,40	44.391.203,50
21	12.721.523,85	957.292,80	104.703,90	-	39.872,60	377.008,50	-	14.200.401,65
22	17.817.113,65	2.353.344,80	3.333.074,15	-	528.311,95	-	730.900,80	24.762.745,35
<b>Tot</b>	<b>345.557.771,30</b>	<b>79.096.317,60</b>	<b>13.873.266,75</b>	<b>478.646,40</b>	<b>6.035.714,83</b>	<b>5.655.127,50</b>	<b>10.189.467,75</b>	<b>460.886.312,13</b>
	74,98%	17,16%	3,01%	0,10%	1,31%	1,23%	2,21%	100,00%

**Tabella 31 – Determinazione per ULSS del fabbisogno teorico per le impegnative di residenzialità per 365 giorni. Anno 2009. Valori in €.**

## 2.3.7 Il finanziamento



Poiché la quota di finanziamento per la residenzialità nel 2009, è pari a 445,875 milioni di euro, si può individuare una proporzione che riduca da 460,886 milioni di € a tale cifra il totale della Tabella 31.

Il risultato si ottiene moltiplicando i valori delle quote per il numero delle impegnative per 353,112 giorni anziché per 365. Lo rappresentiamo in questa tabella, con una lieve approssimazione del totale ottenuto sul totale ripartito con la DGR 2584/2009 (cfr. Grafico 3).

ULSS	1° livello	2° livello	Religiosi 1° livello	Religiosi 2° livello	Centri diurni	SAPA	SVP	Totale
1	13.421.416,35	926.113,90	-	-	236.265,47	364.729,38	-	14.948.525,12
2	10.872.191,36	463.056,95	641.526,82	-	115.721,86	364.729,38	-	12.457.226,38
3	11.513.718,18	4.707.745,68	2.329.755,29	463.056,95	163.939,31	-	487.267,20	19.665.482,61
4	12.830.536,39	4.225.394,69	776.585,10	-	168.761,05	364.729,38	365.450,40	18.731.457,01
5	11.834.481,59	926.113,90	303.881,12	-	125.365,35	364.729,38	365.450,40	13.920.021,76
6	23.820.903,74	6.502.091,37	1.857.051,32	-	472.530,95	-	609.084,00	33.261.661,38
7	16.493.992,17	3.704.455,62	911.643,37	-	530.391,88	364.729,38	609.084,00	22.614.296,43
8	15.278.467,67	4.283.276,81	151.940,56	-	212.156,75	364.729,38	609.084,00	20.899.655,18
9	27.366.183,53	4.630.569,52	962.290,23	-	520.748,39	547.094,08	730.900,80	34.757.786,55
10	11.294.248,48	1.389.170,86	-	-	48.217,44	364.729,38	609.084,00	13.705.450,16
12	25.897.424,76	10.592.427,78	-	-	472.530,95	547.094,08	730.900,80	38.240.378,37
13	12.442.243,84	1.852.227,81	607.762,25	-	303.769,89	-	243.633,60	15.449.637,39
14	7.495.734,42	1.389.170,86	-	-	313.413,38	-	365.450,40	9.563.769,06
15	11.395.542,19	4.167.512,57	590.879,97	-	221.800,24	729.458,77	974.534,40	18.079.728,13
16	28.615.472,60	6.945.854,28	658.409,10	-	781.122,59	-	1.461.801,60	38.462.660,18
17	11.243.601,62	3.048.458,27	-	-	216.978,50	364.729,38	-	14.873.767,77
18	13.674.650,62	4.051.748,33	-	-	-	364.729,38	243.633,60	18.334.761,94
19	6.246.445,35	926.113,90	-	-	-	-	243.633,60	7.416.192,85
20	33.021.748,91	8.585.847,66	303.881,12	-	385.739,55	-	669.992,40	42.967.209,64
21	12.307.185,56	926.113,90	101.293,71	-	38.573,95	364.729,38	-	13.737.896,51
22	17.236.812,70	2.276.696,68	3.224.516,38	-	511.104,90	-	730.900,80	23.980.031,47
<b>Tot</b>	<b>334.303.002,03</b>	<b>76.520.161,37</b>	<b>13.421.416,35</b>	<b>463.056,95</b>	<b>5.839.132,42</b>	<b>5.470.940,77</b>	<b>9.857.598,18</b>	<b>445.875.308,07</b>
	74,98%	17,16%	3,01%	0,10%	1,31%	1,23%	2,21%	100,00%

**Tabella 32 – Ricostruzione proporzionale del fabbisogno teorico per le impegnative di residenzialità al totale ripartito per l'area residenzialità anziani. Anno 2009. Valori in €**

Sinteticamente, possiamo rappresentare i totali del riparto teorico nella Tabella 33.

tipologia assistenziale	impegnative	Riparto teorico	proporzione
1° livello	19.802	334.303.002,03	74,98%
2° livello	3.966	76.520.161,37	17,16%
Religiosi 1° livello	795	13.421.416,35	3,01%
Religiosi 2° livello	24	463.056,95	0,10%
Centri Diurni	1.211	5.839.132,42	1,31%
SAPA	150	5.470.940,77	1,23%
SVP	165	9.857.598,18	2,21%
<b>Totale</b>	<b>26.170</b>	<b>445.875.308,07</b>	<b>100,00%</b>

**Tabella 33 – Totali regionali, per tipologia assistenziale e con valore percentuale, del riparto teorico per le impegnative di residenzialità per anziani.**

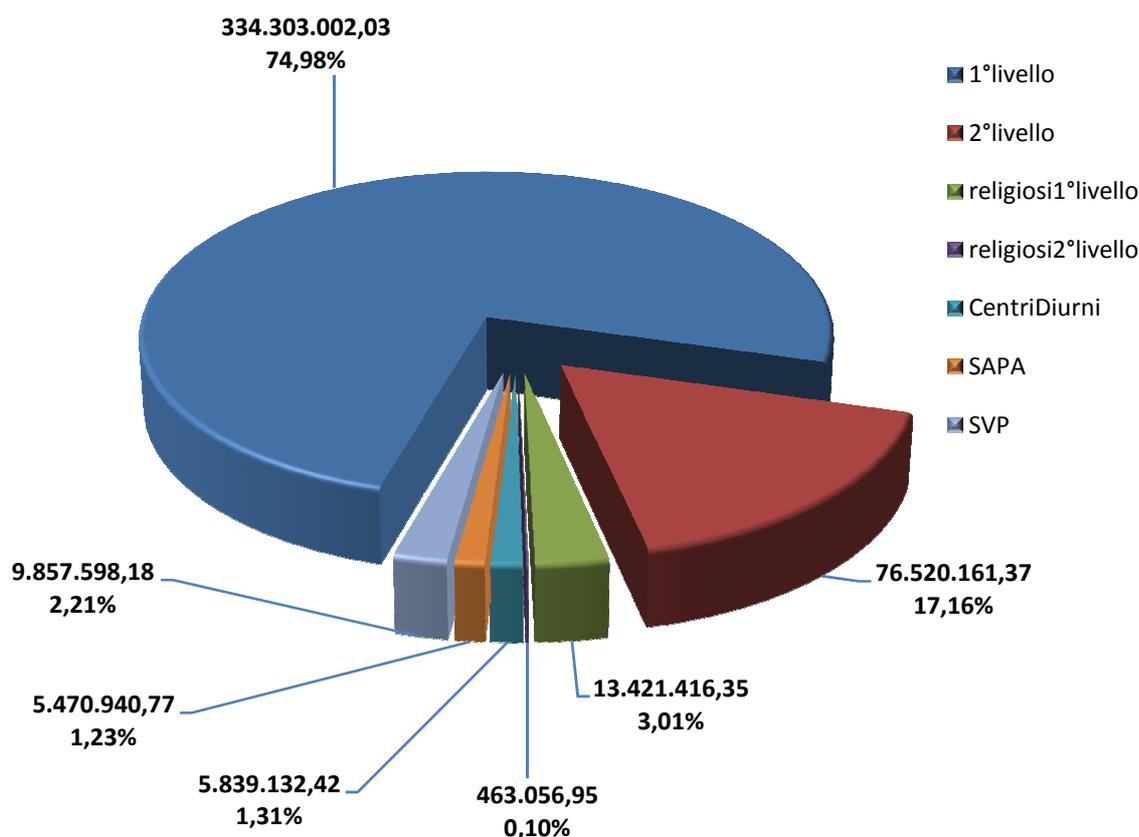


Grafico 11 - Totali regionali, per tipologia assistenziale e con valore percentuale, del riparto teorico per le impegnative di residenzialità per anziani.

Le proporzioni che nel Grafico 11 rappresentano il totale regionale, sono state calcolate per ciascuna ULSS e rappresentate nella Tabella 34, nella quale evidenziamo il valore complessivo stimato delle impegnative di 1° e di 2° livello sul totale del riparto e la percentuale del riparto al netto di quella destinata all'assistenza residenziale dei religiosi non autosufficienti.

ULSS	1° livello	2° livello	1°+2° livello	Religiosi 1° livello	Religiosi 2° livello	Centri Diurni	SAPA	SVP	Al netto dei religiosi
1	89,78%	6,20%	95,98%	0,00%	0,00%	1,58%	2,44%	0,00%	100,00%
2	87,28%	3,72%	90,99%	5,15%	0,00%	0,93%	2,93%	0,00%	94,85%
3	58,55%	23,94%	82,49%	11,85%	2,35%	0,83%	0,00%	2,48%	85,80%
4	68,50%	22,56%	91,06%	4,15%	0,00%	0,90%	1,95%	1,95%	95,85%
5	85,02%	6,65%	91,67%	2,18%	0,00%	0,90%	2,62%	2,63%	97,82%
6	71,62%	19,55%	91,17%	5,58%	0,00%	1,42%	0,00%	1,83%	94,42%
7	72,94%	16,38%	89,32%	4,03%	0,00%	2,35%	1,61%	2,69%	95,97%
8	73,10%	20,49%	93,60%	0,73%	0,00%	1,02%	1,75%	2,91%	99,27%
9	78,73%	13,32%	92,06%	2,77%	0,00%	1,50%	1,57%	2,10%	97,23%
10	82,41%	10,14%	92,54%	0,00%	0,00%	0,35%	2,66%	4,44%	100,00%
12	67,72%	27,70%	95,42%	0,00%	0,00%	1,24%	1,43%	1,91%	100,00%
13	80,53%	11,99%	92,52%	3,93%	0,00%	1,97%	0,00%	1,58%	96,07%
14	78,38%	14,53%	92,90%	0,00%	0,00%	3,28%	0,00%	3,82%	100,00%
15	63,03%	23,05%	86,08%	3,27%	0,00%	1,23%	4,03%	5,39%	96,73%
16	74,40%	18,06%	92,46%	1,71%	0,00%	2,03%	0,00%	3,80%	98,29%
17	75,59%	20,50%	96,09%	0,00%	0,00%	1,46%	2,45%	0,00%	100,00%
18	74,58%	22,10%	96,68%	0,00%	0,00%	0,00%	1,99%	1,33%	100,00%
19	84,23%	12,49%	96,71%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,29%	100,00%

<b>20</b>	76,85%	19,98%	96,84%	0,71%	0,00%	0,90%	0,00%	1,56%	99,29%
<b>21</b>	89,59%	6,74%	96,33%	0,74%	0,00%	0,28%	2,65%	0,00%	99,26%
<b>22</b>	71,88%	9,49%	81,37%	13,45%	0,00%	2,13%	0,00%	3,05%	86,55%
<b>Regione</b>	<b>74,98%</b>	<b>17,16%</b>	<b>92,14%</b>	<b>3,01%</b>	<b>0,10%</b>	<b>1,31%</b>	<b>1,23%</b>	<b>2,21%</b>	<b>96,89%</b>

Tabella 34 – Valori percentuali, per ULSS e per ciascuna tipologia assistenziale, del riparto teorico per le impegnative di residenzialità per anziani.

Possiamo quindi sottrarre, sempre per stima, l'assegnazione del finanziamento delle quote per i religiosi.

ULSS	Riparto 2009 FSR Area residenzialità anziani (DGR 2584/2009)	Stima riparto per religiosi	Riparto Residenzialità al netto del riparto stimato per religiosi
1	14.714.415,42	-	14.714.415,42
2	13.828.027,85	641.526,82	13.186.501,03
3	20.729.233,15	2.792.812,24	17.936.420,91
4	18.513.821,93	776.585,10	17.737.236,83
5	14.288.366,52	303.881,12	13.984.485,40
6	34.565.422,10	1.857.051,32	32.708.370,78
7	22.705.083,30	911.643,37	21.793.439,93
8	21.365.468,22	151.940,56	21.213.527,66
9	34.634.749,96	962.290,23	33.672.459,73
10	13.075.946,89	-	13.075.946,89
12	37.516.553,02	-	37.516.553,02
13	14.574.298,97	607.762,25	13.966.536,72
14	9.612.442,54	-	9.612.442,54
15	17.130.447,69	590.879,97	16.539.567,72
16	36.815.216,95	658.409,10	36.156.807,85
17	14.588.491,45	-	14.588.491,45
18	18.393.432,33	-	18.393.432,33
19	7.539.654,12	-	7.539.654,12
20	42.996.363,54	303.881,12	42.692.482,42
21	14.182.305,33	101.293,71	14.081.011,62
22	24.105.258,72	3.224.516,38	20.880.742,34
<b>Regione</b>	<b>445.875.000,00</b>	<b>13.421.416,35</b>	<b>432.453.583,65</b>

Tabella 35 – Detrazione, per stima a 365 giorni, del finanziamento per le impegnative per posti per religiosi non autosufficienti. Elaborazione ARSS su dati forniti dall'Osservatorio regionale. Anno 2009.

Otteniamo così un valore di riparto confrontabile con la programmazione territoriale in base al fabbisogno. La Tabella 36 mette in rapporto l'assegnazione del 2009 con i parametri della popolazione di età uguale o maggiore a 65 anni (determinando la quota capitaria) e del fabbisogno (che, diversamente dal parametro precedente, tiene conto anche dell'indice di vecchiaia e della specificità territoriale della montagna e di Venezia insulare).

ULSS	Riparto 2009 FSR area residenzialità anziani al netto dei religiosi (€)	popolazione >65	quota capitaria(€)	Fabbisogno 2009	quota per unità di fabbisogno (€)
1	14.714.415,42	29.567	497,66	1.002	14.685,05
2	13.186.501,03	19.074	691,33	657	20.070,78
3	17.936.420,91	33.083	542,16	842	21.302,16
4	17.737.236,83	36.145	490,72	891	19.907,11
5	13.984.485,40	32.115	435,45	802	17.437,01
6	32.708.370,78	59.745	547,47	1.504	21.747,59
7	21.793.439,93	45.560	478,35	1.197	18.206,72
8	21.213.527,66	43.156	491,55	1.100	19.285,03
9	33.672.459,73	77.283	435,70	1.962	17.162,31
10	13.075.946,89	43.176	302,85	1.074	12.175,00
12	37.516.553,02	77.533	483,88	2.351	15.957,70

13	13.966.536,72	49.682	281,12	1.165	11.988,44
14	9.612.442,54	26.045	369,07	631	15.233,66
15	16.539.567,72	42.667	387,64	1.074	15.399,97
16	36.156.807,85	88.647	407,87	2.196	16.464,85
17	14.588.491,45	38.239	381,51	1.011	14.429,76
18	18.393.432,33	39.233	468,83	1.083	16.983,78
19	7.539.654,12	17.153	439,55	444	16.981,20
20	42.692.482,42	97.307	438,74	2.507	17.029,31
21	14.081.011,62	30.509	461,54	809	17.405,45
22	20.880.742,34	49.807	419,23	1.233	16.934,91
<b>Regione</b>	<b>432.453.583,65</b>	<b>975.726</b>	<b>443,21</b>	<b>25.535</b>	<b>16.935,72</b>

Tabella 36 – Calcolo della quota capitaria e della quota per unità di fabbisogno dal riparto della residenzialità per anziani non autosufficienti, al netto del finanziamento stimato per i posti per religiosi.

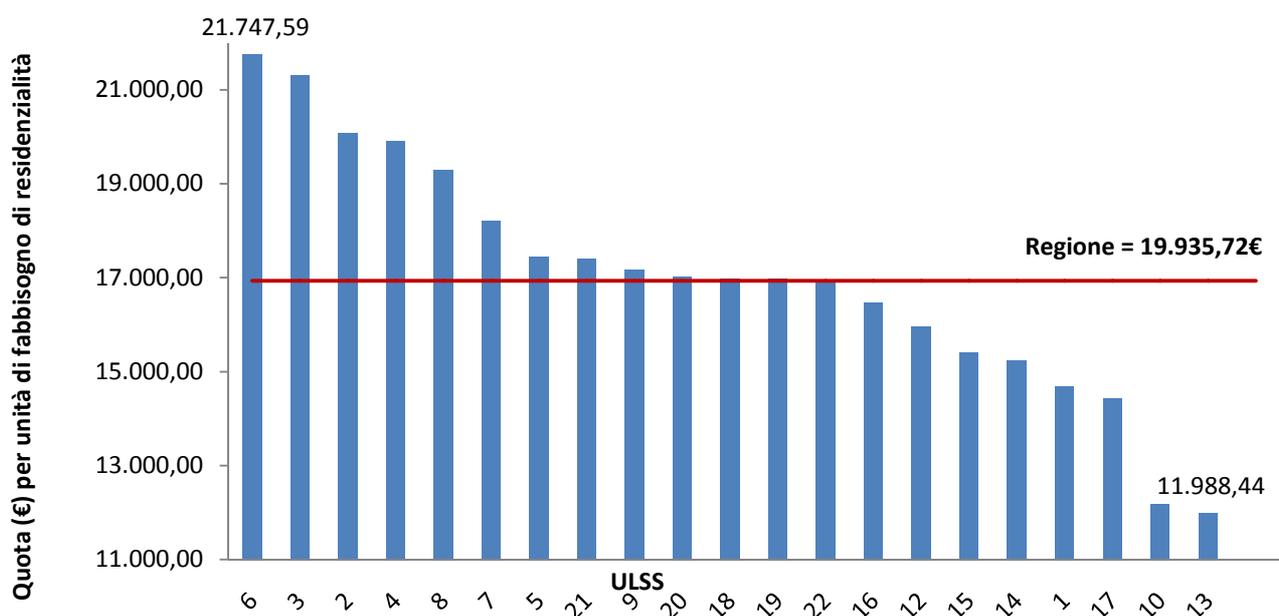


Grafico 12 – Quota per unità di fabbisogno di residenzialità per anziani non autosufficienti, al netto del finanziamento stimato per i posti per religiosi.

Riportati in valori percentuali gli scostamenti della quota capitaria e della quota per unità di fabbisogno dalle rispettive medie regionali, evidenziamo il comportamento del finanziamento per ciascuna ULSS dalla seguente figura. Verso il centro del grafico si posizionano le situazioni sottodimensionate per numero di impegnative (in giallo, con indicatore rotondo) o sotto finanziate (in rosso, con indicatore quadrato, e in blu, con indicatore romboidale).

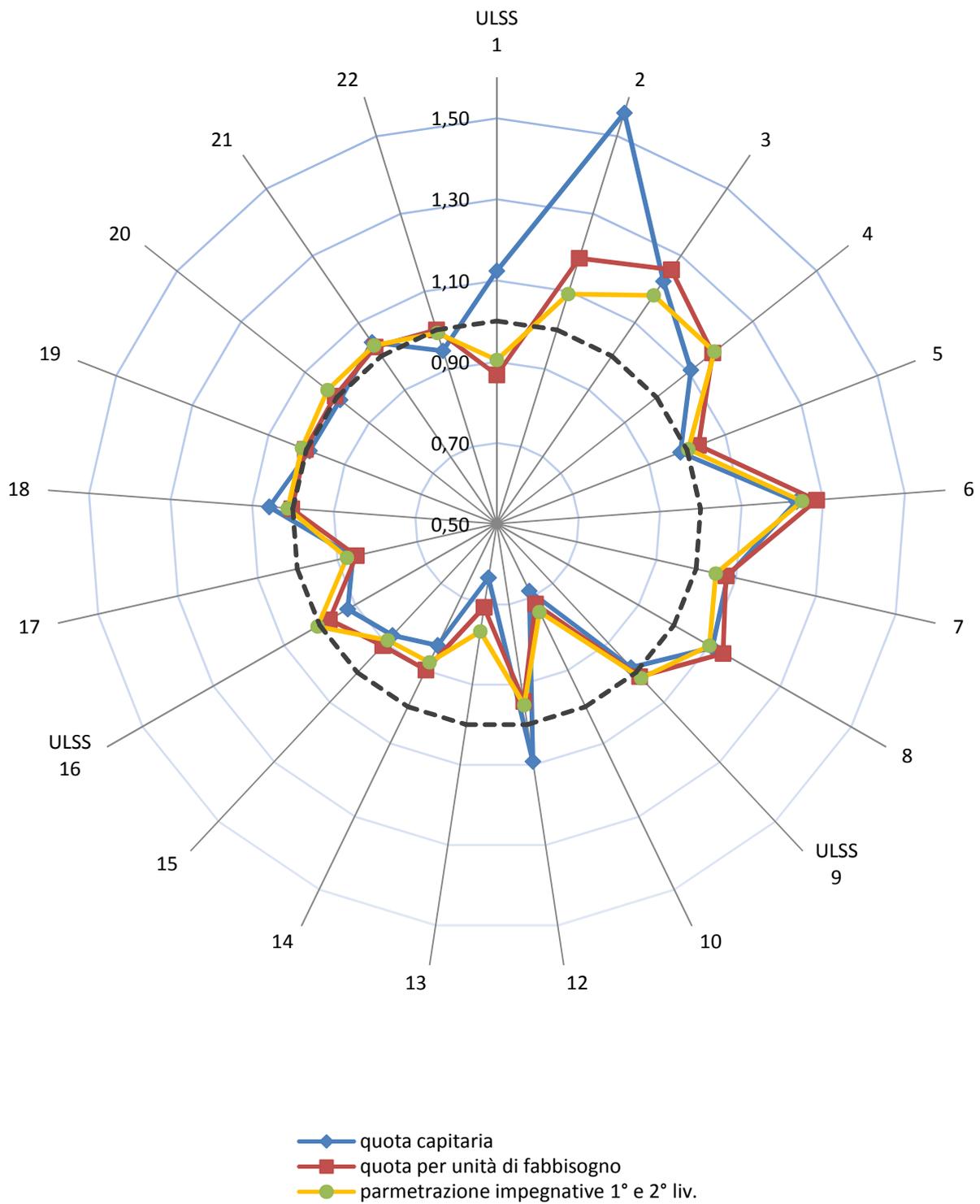


Grafico 13 – Confronto tra ULSS del finanziamento 2009 per la residenzialità anziani, al netto dei religiosi, parametrato sul fabbisogno (linea rossa) e sulla popolazione *over 65* (linea blu). I valori sono confrontati con il dimensionamento delle impegnative di residenzialità (linea gialla). Tutti i valori sono rappresentati come scostamento del parametro dalla media regionale, che è stato portato al valore 1 – cfr. ultima colonna della Tabella 23).

Infine, confrontiamo la colonna totale della Tabella 32 con il riparto 2009 per ULSS. Risulta evidente come, introducendo un criterio di riparto che moltiplichi uniformemente *quote x impegnative x giorni*, vi siano anche in questo caso delle difformità con il riparto effettivo.

ULSS	Riparto 2009 FRNA – res. anziani (DGR 2584/2009)	Stima riparto (cfr. Tabella 32)	Differenza
	A	B	A-B
1	14.714.415,42	14.948.525,12	-234.109,70
2	13.828.027,85	12.457.226,38	1.370.801,47
3	20.729.233,15	19.665.482,61	1.063.750,54
4	18.513.821,93	18.731.457,01	-217.635,08
5	14.288.366,52	13.920.021,76	368.344,76
6	34.565.422,10	33.261.661,38	1.303.760,72
7	22.705.083,30	22.614.296,43	90.786,87
8	21.365.468,22	20.899.655,18	465.813,04
9	34.634.749,96	34.757.786,55	-123.036,59
10	13.075.946,89	13.705.450,16	-629.503,27
12	37.516.553,02	38.240.378,37	-723.825,35
13	14.574.298,97	15.449.637,39	-875.338,42
14	9.612.442,54	9.563.769,06	48.673,48
15	17.130.447,69	18.079.728,13	-949.280,44
16	36.815.216,95	38.462.660,18	-1.647.443,23
17	14.588.491,45	14.873.767,77	-285.276,32
18	18.393.432,33	18.334.761,94	58.670,39
19	7.539.654,12	7.416.192,85	123.461,27
20	42.996.363,54	42.967.209,64	29.153,90
21	14.182.305,33	13.737.896,51	444.408,82
22	24.105.258,72	23.980.031,47	125.227,25
<b>Regione</b>	<b>445.875.000,00</b>	<b>445.875.308,07</b>	<b>-308,07</b>

Tabella 37 – Confronto tra il riparto effettivo (DGR 2584/2009) con il riparto stimato (al lordo delle quote per religiosi) proporzionalmente in base alle impegnative di residenzialità.

## 2.3.8 I costi: la rilevazione della spesa per le rette



Nel paragrafo 2.3.4 abbiamo esaminato le presenze equivalenti e gli utenti equivalenti. Moltiplicando il numero di giornate di presenza equivalente di ciascuna tipologia assistenziale (1° o 2° livello, *comprese le quote per i religiosi*, Centro Diurno, SAPA e SVP) per il valore economico della rispettiva impegnativa (cfr. Tabella 29) si ottiene il rendiconto stimato della spesa per ULSS.

ULSS	1° livello	2° livello	DGR 1322/07	SAPA	SVP	CD	Totale
1	12.929.090,97	992.153,12	-	374.839,41	-	251.470,48	14.547.553,98
2	11.831.194,08	475.422,64	586.748,23	375.252,57	-	195.594,22	13.464.211,73
3	12.193.773,17	4.791.968,98	1.085.514,10	-	352.843,52	203.322,95	18.627.422,71
4	13.162.690,63	4.611.110,58	104.644,14	15.493,50	114.351,52	207.801,79	18.216.092,15
5	12.921.919,47	1.430.256,64	420.967,05	199.659,57	394.960,60	170.550,95	15.538.314,28
6	24.721.714,33	5.728.143,42	69.228,88	-	370.377,24	587.274,24	31.476.738,11
7	17.747.358,86	3.686.601,78	211.965,64	361.824,87	497.270,76	449.795,70	22.954.817,61
8	15.706.266,29	3.839.061,04	51.204,51	20.761,29	572.776,16	273.509,65	20.463.578,94
9	28.222.063,71	7.215.184,68	130.975,50	551.671,89	758.468,96	622.558,76	37.500.923,50
10	9.067.907,56	1.409.520,76	-	351.599,16	592.057,36	43.832,55	11.464.917,39
12	24.647.429,54	9.363.315,30	34.901,30	197.490,48	640.617,92	350.960,81	35.234.715,35
13	10.954.836,78	1.860.451,02	34.769,82	-	131.412,52	288.694,01	13.270.164,15
14	7.680.425,50	1.388.088,22	139.676,92	-	382.668,92	391.734,64	9.982.594,19
15	10.749.731,88	3.763.234,38	-	666.013,92	751.238,56	155.858,17	16.086.076,91
16	29.439.975,65	7.687.465,52	285.951,61	-	1.442.184,04	803.023,24	39.658.600,06
17	8.583.843,26	3.958.695,32	-	270.929,67	-	303.359,48	13.116.827,73
18	14.516.299,30	3.937.768,20	199.797,99	146.155,35	43.382,40	-	18.843.403,24
19	6.234.937,96	930.724,10	-	-	218.900,36	-	7.384.562,42

<b>20</b>	34.214.557,16	7.637.893,38	163.486,30	-	626.993,88	153.837,23	<b>42.796.767,95</b>
<b>21</b>	12.626.358,05	964.901,42	418.719,98	89.449,14	-	48.912,21	<b>14.148.340,80</b>
<b>22</b>	21.657.762,67	2.266.030,08	285.425,70	-	648.012,80	407.683,68	<b>25.264.914,93</b>
<b>TOT</b>	<b>339.810.136,77</b>	<b>77.937.990,58</b>	<b>4.223.977,64</b>	<b>3.621.140,82</b>	<b>8.538.517,52</b>	<b>5.909.774,76</b>	<b>440.041.538,09</b>

Tabella 38 – Rendiconto stimato della spesa per la residenzialità delle persone anziane non autosufficienti. Anno 2009. Fonte: Osservatorio regionale su dati forniti dalla Aziende ULSS.

La Tabella 39 misura quindi la differenza tra il riparto della quota del FRNA per la residenzialità delle persone anziane non autosufficienti e la rendicontazione stimata della spesa.

ULSS	Riparto 2009 FRNA – res. anziani (DGR 2584/2009)	Totale rendiconto (Tabella 38)	differenza	%
	A	B	A-B	
1	14.714.415,42	<b>14.547.553,98</b>	<b>166.861,44</b>	1,13%
2	13.828.027,85	<b>13.464.211,73</b>	<b>363.816,12</b>	2,63%
3	20.729.233,15	<b>18.627.422,71</b>	<b>2.101.810,44</b>	10,14%
4	18.513.821,93	<b>18.216.092,15</b>	<b>297.729,78</b>	1,61%
5	14.288.366,52	<b>15.538.314,28</b>	<b>-1.249.947,75</b>	-8,75%
6	34.565.422,10	<b>31.476.738,11</b>	<b>3.088.683,99</b>	8,94%
7	22.705.083,30	<b>22.954.817,61</b>	<b>-249.734,31</b>	-1,10%
8	21.365.468,22	<b>20.463.578,94</b>	<b>901.889,28</b>	4,22%
9	34.634.749,96	<b>37.500.923,50</b>	<b>-2.866.173,54</b>	-8,28%
10	13.075.946,89	<b>11.464.917,39</b>	<b>1.611.029,51</b>	12,32%
12	37.516.553,02	<b>35.234.715,35</b>	<b>2.281.837,67</b>	6,08%
13	14.574.298,97	<b>13.270.164,15</b>	<b>1.304.134,82</b>	8,95%
14	9.612.442,54	<b>9.982.594,19</b>	<b>-370.151,65</b>	-3,85%
15	17.130.447,69	<b>16.086.076,91</b>	<b>1.044.370,78</b>	6,10%
16	36.815.216,95	<b>39.658.600,06</b>	<b>-2.843.383,11</b>	-7,72%
17	14.588.491,45	<b>13.116.827,73</b>	<b>1.471.663,72</b>	10,09%
18	18.393.432,33	<b>18.843.403,24</b>	<b>-449.970,90</b>	-2,45%
19	7.539.654,12	<b>7.384.562,42</b>	<b>155.091,71</b>	2,06%
20	42.996.363,54	<b>42.796.767,95</b>	<b>199.595,60</b>	0,46%
21	14.182.305,33	<b>14.148.340,80</b>	<b>33.964,53</b>	0,24%
22	24.105.258,72	<b>25.264.914,93</b>	<b>-1.159.656,21</b>	-4,81%
<b>TOT</b>	<b>445.875.000,00</b>	<b>440.041.538,09</b>	<b>5.833.461,91</b>	<b>1,31%</b>

Tabella 39 – Misurazione della differenza tra riparto della quota del FSR per la residenzialità delle persone anziane non autosufficienti e la rendicontazione della spesa. Anno 2009. Elaborazione su dati forniti da Osservatorio regionale.

Dettagliamo, con una tabella per ciascuna tipologia assistenziale, anche le differenze ottenute tra il riparto del finanziamento stimato (Tabella 32) e il rendiconto stimato sulle giornate di presenza equivalente (Tabella 38).

### Impegnative di 1° livello<sup>13</sup>

ULSS	Finanziamento stimato (Tabella 32)	Rendiconto stimato (Tabella 38)	Differenza
	A	B	A-B
1	13.421.416,35	12.929.090,97	492.325,38
2	11.513.718,18	12.417.942,31	<b>-904.224,13</b>
3	13.843.473,47	13.279.287,27	564.186,20
4	13.607.121,48	13.267.334,77	339.786,71
5	12.138.362,71	13.342.886,52	<b>-1.204.523,81</b>
6	25.677.955,06	24.790.943,21	887.011,85
7	17.405.635,55	17.959.324,50	<b>-553.688,95</b>
8	15.430.408,23	15.757.470,80	<b>-327.062,57</b>

<sup>13</sup> Comprendono religiosi e posti ex DGR 1322/2007

9	28.328.473,76	28.353.039,21	-24.565,45
10	11.294.248,48	9.067.907,56	2.226.340,92
12	25.897.424,76	24.682.330,84	1.215.093,92
13	13.050.006,09	10.989.606,60	2.060.399,49
14	7.495.734,42	7.820.102,42	-324.368,00
15	11.986.422,15	10.749.731,88	1.236.690,27
16	29.273.881,70	29.725.927,26	-452.045,56
17	11.243.601,62	8.583.843,26	2.659.758,36
18	13.674.650,62	14.716.097,29	-1.041.446,67
19	6.246.445,35	6.234.937,96	11.507,39
20	33.325.630,04	34.378.043,46	-1.052.413,42
21	12.408.479,27	13.045.078,03	-636.598,76
22	20.461.329,08	21.943.188,37	-1.481.859,29
<b>TOT</b>	<b>347.724.418,38</b>	<b>344.034.114,41</b>	<b>3.690.303,97</b>

Tabella 40 – Misurazione, per ULSS, delle differenze ottenute tra il riparto del finanziamento stimato (Tabella 32) e il rendiconto stimato sulle giornate di presenza equivalente (Tabella 38) per le impegnative di 1° livello.

### Impegnative di 2° livello<sup>13</sup>

ULSS	Finanziamento stimato	Rendiconto stimato	Differenza
	(Tabella 32)	(Tabella 38)	
	A	B	A-B
1	926.113,90	992.153,12	-66.039,22
2	463.056,95	475.422,64	-12.365,69
3	5.170.802,63	4.791.968,98	378.833,65
4	4.225.394,69	4.611.110,58	-385.715,89
5	926.113,90	1.430.256,64	-504.142,74
6	6.502.091,37	5.728.143,42	773.947,95
7	3.704.455,62	3.686.601,78	17.853,84
8	4.283.276,81	3.839.061,04	444.215,77
9	4.630.569,52	7.215.184,68	-2.584.615,16
10	1.389.170,86	1.409.520,76	-20.349,90
12	10.592.427,78	9.363.315,30	1.229.112,48
13	1.852.227,81	1.860.451,02	-8.223,21
14	1.389.170,86	1.388.088,22	1.082,64
15	4.167.512,57	3.763.234,38	404.278,19
16	6.945.854,28	7.687.465,52	-741.611,24
17	3.048.458,27	3.958.695,32	-910.237,05
18	4.051.748,33	3.937.768,20	113.980,13
19	926.113,90	930.724,10	-4.610,20
20	8.585.847,66	7.637.893,38	947.954,28
21	926.113,90	964.901,42	-38.787,52
22	2.276.696,68	2.266.030,08	10.666,60
<b>TOT</b>	<b>76.983.218,32</b>	<b>77.937.990,58</b>	<b>-954.772,26</b>

Tabella 41 – Misurazione, per ULSS, delle differenze ottenute tra il riparto del finanziamento stimato (Tabella 32) e il rendiconto stimato sulle giornate di presenza equivalente (Tabella 38) per le impegnative di 2° livello

### Centri Diurni

ULSS	Finanziamento stimato	Rendiconto stimato	Differenza
	(Tabella 32)	(Tabella 38)	
	A	B	A-B
1	236.265,47	251.470,48	-15.205,01
2	115.721,86	195.594,22	-79.872,36
3	163.939,31	203.322,95	-39.383,64
4	168.761,05	207.801,79	-39.040,74
5	125.365,35	170.550,95	-45.185,60
6	472.530,95	587.274,24	-114.743,29
7	530.391,88	449.795,70	80.596,18
8	212.156,75	273.509,65	-61.352,90
9	520.748,39	622.558,76	-101.810,37
10	48.217,44	43.832,55	4.384,89

12	472.530,95	350.960,81	121.570,14
13	303.769,89	288.694,01	15.075,88
14	313.413,38	391.734,64	-78.321,26
15	221.800,24	155.858,17	65.942,07
16	781.122,59	803.023,24	-21.900,65
17	216.978,50	303.359,48	-86.380,98
18	0,00	0	0,00
19	0,00	0	0,00
20	385.739,55	153.837,23	231.902,32
21	38.573,95	48.912,21	-10.338,26
22	511.104,90	407.683,68	103.421,22
<b>TOT</b>	<b>5.839.132,42</b>	<b>5.909.774,76</b>	<b>-70.642,34</b>

Tabella 42 – Misurazione, per ULSS, delle differenze ottenute tra il riparto del finanziamento stimato (Tabella 32) e il rendiconto stimato sulle giornate di presenza equivalente (Tabella 38) per le impegnative di Centro diurno

### SAPA

ULSS	Finanziamento stimato (Tabella 32)	Rendiconto stimato (Tabella 38)	Differenza
	A	B	A-B
1	364.729,38	374.839,41	-10.110,03
2	364.729,38	375.252,57	-10.523,19
3	0,00	0	0,00
4	364.729,38	15.493,50	349.235,88
5	364.729,38	199.659,57	165.069,81
6	0,00	0	0,00
7	364.729,38	361.824,87	2.904,51
8	364.729,38	20.761,29	343.968,09
9	547.094,08	551.671,89	-4.577,81
10	364.729,38	351.599,16	13.130,22
12	547.094,08	197.490,48	349.603,60
13	0,00	0	0,00
14	0,00	0	0,00
15	729.458,77	666.013,92	63.444,85
16	0,00	0	0,00
17	364.729,38	270.929,67	93.799,71
18	364.729,38	146.155,35	218.574,03
19	0,00	0	0,00
20	0,00	0	0,00
21	364.729,38	89.449,14	275.280,24
22	0,00	0	0,00
<b>TOT</b>	<b>5.470.940,77</b>	<b>3.621.140,82</b>	<b>1.849.799,95</b>

Tabella 43 – Misurazione, per ULSS, delle differenze ottenute tra il riparto del finanziamento stimato (Tabella 32) e il rendiconto stimato sulle giornate di presenza equivalente (Tabella 38) per le impegnative di SAPA

### SVP

ULSS	Finanziamento stimato (Tabella 32)	Rendiconto stimato (Tabella 38)	Differenza
	A	B	A-B
1	-	0	-
2	-	0	-
3	487.267,20	352.843,52	134.423,68
4	365.450,40	114.351,52	251.098,88
5	365.450,40	394.960,60	-29.510,20
6	609.084,00	370.377,24	238.706,76
7	609.084,00	497.270,76	111.813,24
8	609.084,00	572.776,16	36.307,84
9	730.900,80	758.468,96	-27.568,16
10	609.084,00	592.057,36	17.026,64
12	730.900,80	640.617,92	90.282,88
13	243.633,60	131.412,52	112.221,08

14	365.450,40	382.668,92	-17.218,52
15	974.534,40	751.238,56	223.295,84
16	1.461.801,60	1.442.184,04	19.617,56
17	-	0	-
18	243.633,60	43.382,40	200.251,20
19	243.633,60	218.900,36	24.733,24
20	669.992,40	626.993,88	42.998,52
21	-	0	-
22	730.900,80	648.012,80	82.888,00
<b>TOT</b>	<b>9.857.598,18</b>	<b>8.538.517,52</b>	<b>1.319.080,66</b>

Tabella 44 – Misurazione, per ULSS, delle differenze ottenute tra il riparto del finanziamento stimato (Tabella 32) e il rendiconto stimato sulle giornate di presenza equivalente (Tabella 38) per le impegnative di SVP

### 2.3.9 I costi: la rilevazione dai bilanci delle ULSS



La rilevazione di costi sanitari e socio-sanitari presso i centri di servizio residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti può essere attualmente condotta da più prospettive, a seconda dello strumento di rilevazione che è stato utilizzato.

Nel paragrafo precedente abbiamo stimato la spesa moltiplicando le presenze giornaliere equivalenti con il valore delle singole quote di rilievo sanitario (Tabella 38).

E' uno strumento che non consente di rilevare la rimanente spesa correlata ai servizi sanitari presso i centri di servizio per gli anziani non autosufficienti, quali ad esempio le prestazioni mediche e riabilitative o i costi degli ausili e dei farmaci, che sono a carico delle Aziende ULSS, né i c.d. *costi ribaltati* per il funzionamento dei servizi sociali nelle Aziende, che abbiamo brevemente definito nel paragrafo 2.2.5.

A questo scopo prendiamo in considerazione i dati provenienti dalla rilevazione dei costi dalle tabelle relative al Fondo per la Non Autosufficienza allegate ai Conti Economici consuntivi delle Aziende ULSS per il 2009, e le schede dei Livelli Assistenziali (LA) del 2009.

Al fine del presente lavoro, inoltre, è stata appositamente condotta una rilevazione della spesa delle Aziende ULSS per i servizi sanitari erogati in convenzione dalle Aziende ULSS presso i centri di servizio accreditati. Ricordiamo che, ai sensi dell'articolo 4 della LR 30/2009 «non sono a carico del Fondo [FRNA, ndr] le prestazioni sanitarie individuate dalla Giunta regionale in applicazione del DPCM 29 novembre 2001».

Per ciascuna Azienda, infine, confrontiamo i dati di costo rilevati dai bilanci con i dati ricavati dall'Osservatorio regionale, con il finanziamento del riparto 2009 e con gli altri parametri di popolazione (fabbisogno) e di servizio che abbiamo fin qui descritto.

#### 2.3.9.1 La rilevazione dei costi dalle tabelle FNA

Come abbiamo visto nel capitolo introduttivo, l'analisi degli allegati ai bilanci consuntivi delle Aziende ULSS riguardanti l'utilizzo delle risorse relative al FRNA conduce a risultati di segno opposto rispetto a quelli determinati moltiplicando il numero delle giornate equivalenti alle quote giornaliere per tipologia assistenziale.

Per quanto riguarda la residenzialità degli anziani non autosufficienti la Tabella 45 evidenzia nel 2009 un risultato di esercizio negativo di -11.772.096€. La tabella dettaglia le sommatorie a livello regionale per l'area residenzialità anziani, per ciascuna macrovoce di bilancio.

descrizione	residenzialità anziani
Z990000000(RISULTATO DI ESERCIZIO)	-11.772.096
F990000000(Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E))	-11.764.474
A000000000 (A) Valore della produzione	446.913.592
<b>RIPARTO REGIONALE 2009</b>	<b>445.875.000</b>

<b>A010000000 (A.1) Contributi in c/esercizio)</b>	445.875.016
<b>Indistinto FS</b>	411.240.266
<b>Vincolato FS</b>	34.634.750
<b>A040000000 (A.4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie) (*)</b>	1.038.576
<b>B000000000 (B) Costi della produzione</b>	458.677.231
<b>B010000000 (B.1) Acquisti di beni)</b>	1.646.868
<b>B02A000000 (B.2.A) Acquisti servizi sanitari)</b>	458.821.231
<b>B02A500000 (B.2.A.10) Acquisto prestazioni trasporto sanitari)</b>	1.515
<b>B02A550000 (B.2.A.11) Acquisto prestazioni Socio-Sanitaria a rilevanza sanitaria)</b>	456.413.268
<b>B02A600000 (B.2.A.12) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia))</b>	5.975
<b>B02A750000 (B.2.A.14) Cons., Collab., Interinale e altre pr. di lavoro sanitarie e sociosanitarie)</b>	78.001
<b>B02A800000 (B.2.A.15) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria)</b>	322.472
<b>B02B000000 (B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari)</b>	61.397
<b>B030000000 (B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata))</b>	6.797
<b>B040000000 (B.4) Godimento di beni di terzi)</b>	2.862
<b>B050000000 (B.5) Totale Costo del personale) (*)</b>	113.880
<b>B060000000 (B.6) Oneri diversi di gestione)</b>	1.207
<b>B080000000 (B.8) Totale Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali)</b>	21.655
<b>B110000000 (B.11) Accantonamenti tipici dell'esercizio)</b>	1.333
(Totale proventi e oneri finanziari, straordinari e rettifiche)	-836
<b>E020000000 (E.2) Oneri straordinari)</b>	836
<b>Y000000000 (Y) Imposte e tasse)</b>	7.622
<b>(*) solo ULSS 3</b>	

Tabella 45 – Valori relativi al FRNA, area residenzialità anziani, all'interno dei Conti Economici consuntivi delle Aziende ULSS per il 2009. Elaborazione ARSS su dati forniti dalle Aziende ULSS alla Segreteria regionale per la Sanità e Sociale.

Per quanto riguarda i ricavi, si può subito mettere in evidenza la sostanziale coincidenza del valore della produzione (ricavi) con il riparto regionale dell'area residenzialità anziani (cfr. Grafico 3).

Per quanto riguarda i costi, invece, l'importo di maggiore entità [contenuto nella riga *B02A550000 (B.2.A.11) Acquisto prestazioni Socio-Sanitaria a rilevanza sanitaria*]] supera notevolmente i ricavi.

Il dettaglio per ULSS relativo alla Tabella 45 è pubblicato in Appendice. Sarà possibile verificarvi altre peculiarità, quali ad esempio l'imputazione di ricavi derivanti dalla compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (A040000000) e di costi del personale (B050000000) unicamente da parte dell'Azienda ULSS 3, unica a gestire direttamente un centro di servizi per anziani non autosufficienti.

### 2.3.9.2 La rilevazione dei costi dai modelli LA

Per quanto riguarda i costi rilevabili dei modelli LA – dei quali abbiamo parlato nei paragrafi 1.4.1 e 2.2.5 – abbiamo raccolto in questo paragrafo i dati di costo per i livelli assistenziali relativi alla residenzialità e alla semiresidenzialità degli anziani non autosufficienti<sup>14</sup>, che sono illustrati nella Tabella 46.

<sup>14</sup> Nelle schede LA sono stati rilevati i sub livelli relativi alla semiresidenzialità e alla residenzialità degli anziani non autosufficienti, di cui alle righe 20.904 e 21.004 (si riporta questo dato per gli 'addetti ai lavori'). Per questi sub livelli è stato complessivamente indicato un valore dei ribaltamenti delle spese di produzione del servizio pari a 0.

ULSS	Consumi e manutenzioni di esercizio - sanitari	Consumi e manutenzioni di esercizio - non sanitari	Costi per acquisti di servizi: prestazioni sanitarie	Costi per acquisti di servizi: servizi sanitari per erogazione di prestazioni senza libera professione	Costi per acquisti di servizi non sanitari	Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale	Rapporto Costi per acquisti prestazioni socio san su totale LA
	A	B	C	D	E	F	G	H	J	K	L	M	N	O
1	459	137	15.500	47	265	1.626	5	2.092	217	133	62	63	20.606	75%
2	643	2	14.494	1.694	68	52	3	13	70	23	13	32	17.107	85%
3	1.317	75	24.127	337	497	507	1	8	32	81	136	20	27.138	89%
4	1.318	172	21.537	171	2.924	796	4	161	311	434	159	106	28.093	77%
5	504	86	16.908	381	89	20	0	1	16	9	0	1	18.015	94%
6	0	1	36.413	2	13	116	1	129	93	2	2	13	36.785	99%
7	1.220	0	24.773	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25.993	95%
8	359	0	21.740	4	69	0	0	0	0	6	33	1	22.212	98%
9	1.429	60	44.355	1	2.614	12	0	5	7	334	12	5	48.834	91%
10	407	43	11.852	27	3	37	0	0	1	0	1	1	12.372	96%
12	1.545	29	40.569	1.563	667	81	2	89	412	105	42	86	45.190	90%
13	613	0	14.820	18	2	0	0	0	0	0	82	0	15.535	95%
14	135	1	9.916	0	94	0	0	48	45	19	10	9	10.277	96%
15	542	23	16.657	41	72	525	1	11	58	27	121	26	18.104	92%
16	1.587	47	32.231	28	359	1.100	6	41	298	163	81	188	36.129	89%
17	184	1	14.000	0	72	9	0	0	0	44	10	1	14.321	98%
18	0	25	18.301	132	0	521	0	0	79	4	0	181	19.243	95%
19	311	1	8.038	0	1	0	0	0	1	0	0	0	8.352	96%
20	1.185	0	43.584	1	77	259	2	7	131	116	18	22	45.402	96%
21	577	13	14.944	15	32	70	0	3	7	6	0	3	15.670	95%
22	928	127	24.195	41	346	702	3	511	129	46	29	62	27.119	89%
TOT	15.263	843	468.954	4.503	8.264	6.433	28	3.119	1.907	1.552	811	820	512.497	92%

Valori in migliaia di euro

Tabella 46 – Valori degli LA relativi ai servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti. Elaborazione ARSS su modelli LA, anno 2009.

Richiamiamo l'attenzione sulle colonne N e C della Tabella 46, che rappresentano rispettivamente il totale complessivo dei costi e il valore dei costi per acquisti di prestazioni sanitarie rilevati nei modelli LA per la residenzialità e semiresidenzialità degli anziani non autosufficienti. Il rapporto tra il costo per l'acquisto delle prestazioni socio sanitarie e il costo totale degli LA è visualizzato nella colonna P.

Gli altri dati mostrano una disomogeneità di rilevazione tra le varie Aziende, che potrà essere oggetto di considerazioni in successive analisi.

### 2.3.9.3 I costi per le prestazioni sanitarie nei Centri di servizio residenziali per anziani non autosufficienti

La DGR 3856/2004, in attuazione dell'articolo 13 della LR 5/1996 in materia di erogazione di prestazioni sanitarie, ha approvato lo schema tipo di convenzione tra Aziende ULSS e centri di Servizio residenziali per anziani non autosufficienti.

I criteri per il rimborso delle spese di tipo sanitario erano stati precedentemente approvati con:

- DGR 2092/1996 (determinazione delle voci di spesa per le quote di attività assistenziali e disciplina delle modalità di rapporto tra Centro di Servizi e Azienda ULSS);

- DGR 4208/1999 (schema tipo di convenzione, a seguito dell'approvazione della scheda SVAMA con DGR 3979/1999).

Nel frattempo sono intervenuti i seguenti provvedimenti:

- DGR 751/2000 (determinazione del livello di intensità delle prestazioni assistenziali socio/sanitarie e delle modalità organizzativo/gestionali per l'accesso al sistema delle cure residenziali):
- DGR 2501/2004 e DGR 2473/2004 attuative della LR 22/2002 (classificazione delle unità di offerta e degli standard organizzativo/gestionali ai fini dell'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento delle strutture socio/sanitarie).

Tali provvedimenti sono stati recepiti nella DGR 3856/2004, che ha approvato lo schema di convenzione per regolamentare il rapporto per l'erogazione delle prestazioni sanitarie (medicina di base e medicina specialistica e riabilitativa), della fornitura di protesi, farmaci e altri presidi sanitari, e per disciplinare l'attività di coordinamento e l'Unità Operativa Interna.

I costi per le prestazioni sanitarie in convenzione sono sostenuti dalla ULSS presso la quale il servizio è erogato e, ai sensi dell'articolo 14 dello schema tipo di convenzione (allegato 1 alla DGR 3856/2004), «spetterà alla ULSS [che eroga il servizio, ndr] promuovere la compensazione dei costi, mediamente sostenuti, per l'attuazione della presente convenzione, all'Azienda ULSS di provenienza dell'ospite accolto nel centro servizi».

Ai fini della nostra analisi abbiamo appositamente rilevato i dati totali della spesa per le prestazioni sanitarie in convenzione, che rappresentiamo nella Tabella 47, le cui colonne fanno riferimento agli articoli della convenzione ex DGR 3856/2004.

ULSS	Spesa MMG (art. 4)	Spesa Coordinatore /Geriatrici (art. 5-6)	Rimborso attività riabilitazione* (art. 7)	Spesa Fisiatri (art. 7)	Spesa Farmaci e presidi (artt. 8-9 -011) ** e *** e ****	Rimborso guanti (art. 11)	TOTALE
1	412.420	17.595	470.762	16.876	433.100	53.946	1.404.699
2	263.523	48.610	425.025	15.104	619.851	54.410	1.426.523
3	734.164	152.961	764.778	-	1.249.380	31.168	2.932.451
4	608.987	139.850	734.864	-	902.431	-	2.386.133
5	561.460	82.684	1.002.664	-	1.022.502	91.100	2.760.409
6	839.046	152.588	1.416.844	78.925	1.993.968	-	4.481.370
7	687.922	-	770.354	-	1.122.461	106.465	2.687.202
8	587.911	133.945	928.524	57.537	962.936	129.208	2.800.060
9	910.571	-	1.217.015	-	1.817.291	165.051	4.109.927
10	301.463	-	129.714	-	516.106	-	947.283
12	978.135	93.506	1.597.085	61.155	1.213.891	139.159	4.082.932
13	421.475	131.430	465.567	82.775	622.759	89.205	1.813.212
14	273.511	25.000	355.802	-	406.919	1.000	1.062.232
15	457.458	115.000	750.649	43.000	1.114.175	-	2.480.282
16	987.499	277.076	1.173.556	-	1.815.891	5.128	4.259.151
17	366.358	33.170	524.490	4.103	582.426	-	1.510.546
18	586.557	200.000	599.270	20.000	1.002.131	-	2.407.958
19	244.402	62.076	293.979	9.437	307.057	-	916.952
20	1.243.760	99.000	1.514.070	-	2.985.301	-	5.842.131
21	370.730	-	551.120	-	543.000	-	1.464.850
22	559.953	-	797.501	17.230	982.506	61.268	2.418.457
<b>TOT</b>	<b>12.397.305</b>	<b>1.764.491</b>	<b>16.483.634</b>	<b>406.142</b>	<b>22.216.083</b>	<b>927.107</b>	<b>54.194.761</b>

\* Fisioterapista, laureato in scienze motorie, logopedista, psicologo.

\*\* L'ULSS deve garantirne la fornitura entro 10 gg lavorativi dalla data di ricevimento della richiesta. Qualora non disponga dei farmaci o dei presidi richiesti il Centro servizi è autorizzato all'acquisto del materiale non disponibile, che verrà successivamente rimborsato dalla ULSS entro 90 giorni dalla nota di debito.

\*\*\* Compensazione tra Aziende ULSS. I servizi previsti nella Convenzione sono garantiti anche agli ospiti provenienti da altre ULSS. La ULSS che sostiene questi maggiori costi deve promuovere la compensazione con l'ULSS di provenienza dell'utente.

\*\*\*\* Non sono considerati i costi della Spesa protesica (ex art. 8 della convenzione)

**Tabella 47 - Spesa per le prestazioni sanitarie nei Centri di servizio residenziali. Fonte dati: Aziende ULSS**

Dividendo i totali ottenuti per ciascuna ULSS con il totale delle giornate di presenza equivalenti presso tutte le tipologie assistenziali (senza cioè tener conto del diverso carico assistenziale tra 1° e 2° livello, centri diurni, SAPA e SVP), otteniamo per ciascuna Azienda il valore unitario giornaliero dei costi della convenzione sanitaria.

Il totale delle giornate equivalenti al quale facciamo riferimento è quello dichiarato dai centri di servizio all'Osservatorio regionale e non quello dichiarato dalle ULSS, che abbiamo esaminato alla Tabella 27. E' stato utilizzato questo valore – che troviamo rappresentato nella Tabella 49 – in quanto rappresenta la presenza degli utenti nelle strutture del territorio.

ULSS	TOTALE	Divisore (presenze)	Costo pro quota pro die
1	1.404.698,91	287.542,25	4,89
2	1.426.523,34	292.460,00	4,88
3	2.932.450,57	444.116,75	6,60
4	2.386.133,35	372.351,75	6,41
5	2.760.409,46	313.395,50	8,81
6	4.481.370,18	692.355,25	6,47
7	2.687.201,71	465.400,00	5,77
8	2.800.060,19	444.763,50	6,30
9	4.109.927,40	751.375,00	5,47
10	947.283,22	223.313,25	4,24
12	4.082.931,99	663.596,00	6,15
13	1.813.211,95	286.293,00	6,33
14	1.062.232,03	198.219,00	5,36
15	2.480.282,00	312.402,00	7,94
16	4.259.150,69	754.628,50	5,64
17	1.510.546,16	264.382,25	5,71
18	2.407.958,03	375.335,00	6,42
19	916.951,80	162.247,25	5,65
20	5.842.131,35	844.583,00	6,92
21	1.464.849,61	304.543,25	4,81
22	2.418.457,92	511.580,75	4,73
TOT	54.194.761,86	8.964.883,25	6,05

Tabella 48 – Determinazione dei costi *pro quota pro die* della spesa sanitaria presso i centri di servizio per anziani non autosufficienti. Elaborazione ARSS su dati forniti direttamente dalle Aziende ULSS e presenze dichiarate all'Osservatorio regionale (cfr. Tabella 47).

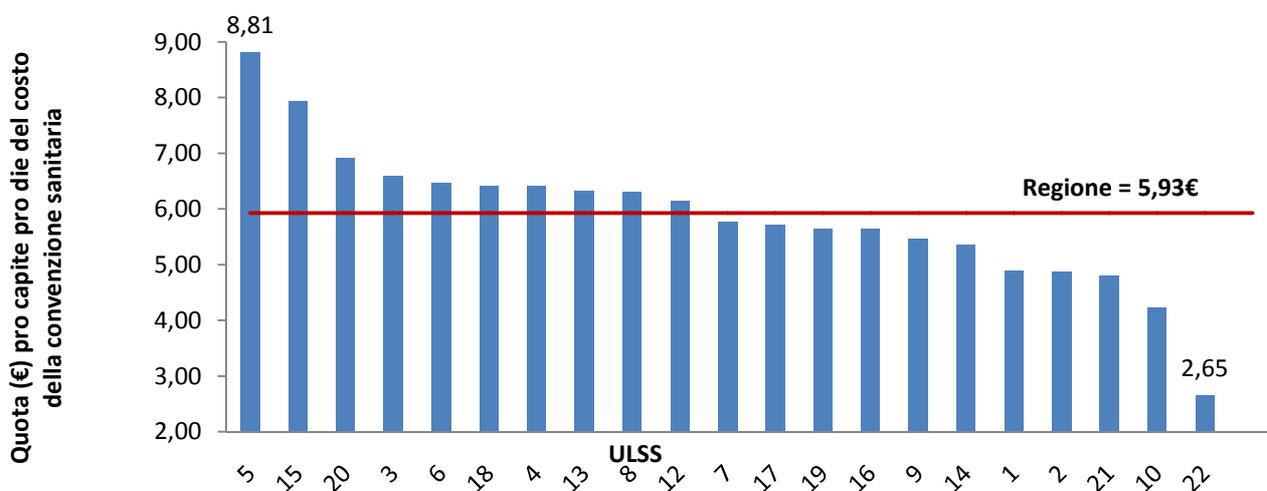


Grafico 14 – Valore dei costi *pro quota pro die* della spesa sanitaria presso i centri di servizio per anziani non autosufficienti.

Per completezza, riportiamo nella Tabella 49 le giornate di presenza equivalente calcolate sulla base dei dati forniti dai centri di servizio all'Osservatorio regionale.

ULSS	1° livello	2° livello	sapa	svp	CD	Totale
1	257.276,8	17.428,5	3.629	-	9.208	<b>287.542,25</b>
2	272.964,0	8.701,0	3.633	-	7.162	<b>292.460,00</b>
3	337.929,5	96.790,3	-	1.952	7.445	<b>444.116,75</b>
4	278.578,8	85.345,0	150	669	7.609	<b>372.351,75</b>
5	276.856,5	26.176,0	1.933	2.185	6.245	<b>313.395,50</b>
6	554.987,5	113.824,8	-	2.049	21.494	<b>692.355,25</b>
7	375.510,3	67.165,8	3.503	2.751	16.470	<b>465.400,00</b>
8	353.040,3	77.900,3	201	3.607	10.015	<b>444.763,50</b>
9	586.751,5	132.290,5	5.341	4.196	22.796	<b>751.375,00</b>
10	189.129,5	25.624,8	3.404	3.550	1.605	<b>223.313,25</b>
12	474.796,5	170.065,5	1.918	3.971	12.845	<b>663.596,00</b>
13	254.178,5	20.816,5	-	727	10.571	<b>286.293,00</b>
14	154.134,3	27.104,8	-	2.117	14.863	<b>198.219,00</b>
15	227.775,8	68.243,3	6.448	4.156	5.779	<b>312.402,00</b>
16	597.390,3	119.064,3	-	8.719	29.455	<b>754.628,50</b>
17	191.362,8	59.288,5	2.623	-	11.108	<b>264.382,25</b>
18	300.183,8	73.496,3	1.415	240	-	<b>375.335,00</b>
19	143.639,3	17.397,0	-	1.211	-	<b>162.247,25</b>
20	668.828,8	165.575,3	-	3.918	6.261	<b>844.583,00</b>
21	284.805,0	17.081,3	866	-	1.791	<b>304.543,25</b>
22	451.345,8	41.472,0	-	3.835	14.928	<b>511.580,75</b>
<b>TOT</b>	<b>7.231.465,0</b>	<b>1.430.851,3</b>	<b>35.064</b>	<b>49.853</b>	<b>217.650</b>	<b>8.964.883,25</b>

Tabella 49 – Giornate di presenza equivalenti per livello assistenziale. Dati forniti dai Centri di servizio all'Osservatorio regionale.

#### 2.3.9.4 Confronto tra le misurazioni dei dati di costo per la residenzialità

A riepilogo dei paragrafi precedenti, la Tabella 50 riporta per ciascuna ULSS i totali relativi a:

- (B) estrapolazione dei costi per gli acquisti di prestazioni socio-sanitarie per la residenzialità e semiresidenzialità degli anziani non autosufficienti dai modelli LA (colonna C della Tabella 46);
- (C) costi per la spesa per la residenzialità degli anziani non autosufficienti rilevati dalle tabelle relative al FNA allegate ai bilanci consuntivi delle ULSS per il 2009 (Tabella 45 e riferimento in appendice);
- (D) valore del rendiconto stimato della spesa per la residenzialità delle persone anziane non autosufficienti sui dati raccolti dall'Osservatorio regionale (Tabella 38);

ULSS	Totale LA. Costi per acquisto servizi (prestazioni sanitarie)	Totale spesa per resid. Anziani su FNA	Totale spesa calcolata sulle quote per giornate equivalenti	Riparto regionale 2009 FSR
	B	C	D	E
1	15.500.000	14.569.530	14.547.554	14.714.415
2	14.494.000	13.630.418	13.464.212	13.828.028
3	24.127.000	24.936.345	18.627.423	20.729.233
4	21.537.000	21.025.856	18.216.092	18.513.822
5	16.908.000	14.288.367	15.538.314	14.288.367
6	36.413.000	35.826.314	31.476.738	34.565.422
7	24.773.000	23.200.421	22.954.818	22.705.083

8	21.740.000	20.542.057	20.463.579	21.365.468
9	44.355.000	35.359.353	37.500.923	34.634.750
10	11.852.000	12.477.738	11.464.917	13.075.947
12	40.569.000	37.308.163	35.234.715	37.516.553
13	14.820.000	14.296.194	13.270.164	14.574.299
14	9.916.000	10.020.818	9.982.594	9.612.443
15	16.657.000	17.065.998	16.086.077	17.130.448
16	32.231.000	40.847.530	39.658.600	36.815.217
17	14.000.000	13.607.308	13.116.828	14.588.491
18	18.301.000	19.624.165	18.843.403	18.393.432
19	8.038.000	8.094.288	7.384.562	7.539.654
20	43.584.000	43.779.569	42.796.768	42.996.364
21	14.944.000	14.153.100	14.148.341	14.182.305
22	24.195.000	24.023.698	25.264.915	24.105.259
<b>TOT</b>	<b>468.954.000</b>	<b>458.677.230</b>	<b>440.041.538</b>	<b>445.875.000</b>

Tabella 50 – Misurazioni di dati di costo e di finanziamento per la residenzialità anziani. Elaborazione ARSS su dati provenienti da modelli LA, tavole FNA, dati dell’Osservatorio regionale per la condizione della popolazione anziana e disabile, DGR 2584/2009

La Tabella 51 illustra inoltre:

- (A) i costi totali rilevati dagli LA per i sub livelli di residenzialità e semiresidenzialità degli anziani non autosufficienti;
- (D) valore del rendiconto stimato della spesa per la residenzialità delle persone anziane non autosufficienti sui dati raccolti dall’Osservatorio regionale (Tabella 38);
- (F) il valore della spesa per le prestazioni sanitarie erogate in convenzione nei centri di servizio ai sensi della DGR 3856/2004.

A rigor di logica, dovrebbe valere l’equilibrio  $A=D+F$ . Ovvero la sommatoria dei costi per le impegnative e delle spese sanitarie dovrebbe coincidere con i costi totali della residenzialità e semiresidenzialità.

ULSS	Totale LA per Assistenza resid. e semiresid. Anziani	Totale spesa calcolata sulle quote per giornate equivalenti	Spesa per le prestazioni sanitarie in convenzione presso i Centri di servizio
	A	D	F
1	20.606.000	14.547.554	1.404.699
2	17.107.000	13.464.212	1.426.523
3	27.138.000	18.627.423	2.932.451
4	28.093.000	18.216.092	2.386.133
5	18.015.000	15.538.314	2.760.409
6	36.785.000	31.476.738	4.481.370
7	25.993.000	22.954.818	2.687.202
8	22.212.000	20.463.579	2.800.060
9	48.834.000	37.500.923	4.109.927
10	12.372.000	11.464.917	947.283
12	45.190.000	35.234.715	4.082.932
13	15.535.000	13.270.164	1.813.212
14	10.277.000	9.982.594	1.062.232
15	18.104.000	16.086.077	2.480.282
16	36.129.000	39.658.600	4.259.151
17	14.321.000	13.116.828	1.510.546
18	19.243.000	18.843.403	2.407.958
19	8.352.000	7.384.562	916.952
20	45.402.000	42.796.768	5.842.131

21	15.670.000	14.148.341	1.464.850
22	27.119.000	25.264.915	2.418.457
<b>TOT</b>	<b>512.497.000</b>	<b>440.041.538</b>	<b>54.194.761</b>

Tabella 51 – Misurazioni dati di costo per la residenzialità di anziani. Anno 2009. Elaborazione ARSS su dati provenienti da modelli LA, tavole FNA, dati dell'Osservatorio regionale per la condizione della popolazione anziana e disabile, DGR 2584/2009.

E' interessante qui evidenziare i rapporti tra le varie colonne della Tabella 50 e della Tabella 51, i cui valori sono esplicitati nella Tabella 52, che illustra:

- la differenza tra il totale complessivo e il valore dei costi per acquisto servizi sanitari registrati dai modelli LA (A-B: colonna A meno colonna B).
- La differenza tra il totale complessivo del modello LA e la spesa calcolata sulle quote moltiplicate per le giornate equivalenti (A-D). Tale valore, teorico, dovrebbe indicare tutta la spesa (socio)sanitaria ulteriore al pagamento delle quote di rilievo sanitario per giornata equivalente di presenza.
- La differenza tra totale complessivo del modello LA e riparto regionale del FRNA, area residenzialità anziani, 2009 (A-E). Rappresenta il valore della spesa (socio)sanitaria delle Aziende ULSS relativa all'area della residenzialità per le persone anziane non autosufficienti non finanziata con il fondo per la non autosufficienza.
- La differenza tra il valore dei costi per acquisto servizi sanitari registrati dai modelli LA e la spesa calcolata sulle quote moltiplicate per le giornate equivalenti (B-D). Questo dato rappresenta il valore degli acquisti di servizi socio-sanitari ulteriori rispetto al pagamento delle quote di rilievo sanitario per giornata equivalente di presenza.
- La differenza tra il riparto regionale del FRNA, area residenzialità anziani e la spesa calcolata sulle quote moltiplicate per le giornate equivalenti (E-D). Questo dato rappresenta il le risorse del fondo per la non autosufficienza che non sono utilizzate per il pagamento di impegnative di residenzialità.
- Verifica dell'equilibrio A=D+F.

ULSS	differenza tra totale LA e LA costi per acquisto servizi sanitari	differenza tra totale LA e C calcolata dall'Osservatorio	differenza tra totale LA e riparto regionale 2009	differenza tra costi LA per acquisto serv. sanitari e spesa calc. da Osservatorio	differenza tra spesa per residenzialità anziani in FNA e riparto regionale FNA area residenzialità	Sottrazione dagli LA dei costi per acquisto quote e convenzione
	A-B	A-D	A-E	B-D	E-D	A-D-F
1	5.106.000	6.058.446	5.891.585	952.446	166.861	4.653.747
2	2.613.000	3.642.788	3.278.972	1.029.788	363.816	2.216.265
3	3.011.000	8.510.577	6.408.767	5.499.577	2.101.810	5.578.126
4	6.556.000	9.876.908	9.579.178	3.320.908	297.730	7.490.775
5	1.107.000	2.476.686	3.726.633	1.369.686	-1.249.947	-283.723
6	372.000	5.308.262	2.219.578	4.936.262	3.088.684	826.892
7	1.220.000	3.038.182	3.287.917	1.818.182	-249.735	350.980
8	472.000	1.748.421	846.532	1.276.421	901.889	-1.051.639
9	4.479.000	11.333.077	14.199.250	6.854.077	-2.866.173	7.223.150
10	520.000	907.083	-703.947	387.083	1.611.030	-40.200
12	4.621.000	9.955.285	7.673.447	5.334.285	2.281.838	5.872.353
13	715.000	2.264.836	960.701	1.549.836	1.304.135	451.624
14	361.000	294.406	664.557	-66.594	-370.151	-767.826
15	1.447.000	2.017.923	973.552	570.923	1.044.371	-462.359
16	3.898.000	-3.529.600	-686.217	-7.427.600	-2.843.383	-7.788.751
17	321.000	1.204.172	-267.491	883.172	1.471.663	-306.374
18	942.000	399.597	849.568	-542.403	-449.971	-2.008.361
19	314.000	967.438	812.346	653.438	155.092	50.486

20	1.818.000	2.605.232	2.405.636	787.232	199.596	-3.236.899
21	726.000	1.521.659	1.487.695	795.659	33.964	56.809
22	2.924.000	1.854.085	3.013.741	-1.069.915	-1.159.656	-564.373
TOT	43.543.000	72.455.463	66.622.000	28.912.463	5.833.463	18.260.701

Tabella 52 – Confronto tra le misurazioni dati di costo per la residenzialità di anziani. Anno 2009. Elaborazione ARSS.

I dati rappresentati nella Tabella 52 presentano una notevole difformità tra aziende, che rappresentiamo nella Tabella 53 per compararne l'incidenza tra aziende **dividendo i valori per il parametro del fabbisogno**.

ULSS	differenza tra totale LA e LA costi per acquisto servizi sanitari	differenza tra totale LA e spesa calcolata dall'Osservatorio	differenza tra totale LA e riparto regionale 2009	differenza tra costi LA per acquisto serv. sanitari e spesa calc. da Osservatorio	differenza tra spesa per residenzialità anziani in FNA e riparto regionale FNA area residenzialità	Sottrazione dagli LA costi per acquisto quote e convenzione
	A-B	A-D	A-E	B-D	E-D	A-D-F
1	5.095,81	6.046,35	5.879,83	950,54	166,53	4.644,46
2	3.977,17	5.544,58	4.990,82	1.567,41	553,75	3.373,31
3	3.576,01	10.107,57	7.611,36	6.531,56	2.496,21	6.624,85
4	7.358,02	11.085,19	10.751,04	3.727,17	334,15	8.407,15
5	1.380,30	3.088,14	4.646,67	1.707,84	-1.558,54	-353,77
6	247,34	3.529,43	1.475,78	3.282,09	2.053,65	549,80
7	1.019,21	2.538,16	2.746,80	1.518,95	-208,63	293,22
8	429,09	1.589,47	769,57	1.160,38	819,90	-956,04
9	2.282,87	5.776,29	7.237,13	3.493,41	-1.460,84	3.681,52
10	484,17	844,58	-655,44	360,41	1.500,03	-37,43
12	1.965,55	4.234,49	3.263,91	2.268,94	970,58	2.497,81
13	613,73	1.944,07	824,64	1.330,33	1.119,43	387,66
14	572,11	466,57	1.053,18	-105,54	-586,61	-1.216,84
15	1.347,30	1.878,89	906,47	531,59	972,41	-430,50
16	1.775,05	-1.607,29	-312,48	-3.382,33	-1.294,80	-3.546,79
17	317,51	1.191,07	-264,58	873,56	1.455,65	-303,04
18	869,81	368,97	784,46	-500,83	-415,49	-1.854,44
19	707,21	2.178,91	1.829,61	1.471,71	349,31	113,71
20	725,17	1.039,18	959,57	314,01	79,62	-1.291,14
21	897,40	1.880,91	1.838,93	983,51	41,98	70,22
22	2.371,45	1.503,72	2.444,23	-867,73	-940,52	-457,72
TOT	1.705,23	2.837,50	2.609,05	1.132,27	228,45	715,12

Tabella 53 – Valorizzazione, per unità di fabbisogno, dei confronti contenuti nella Tabella 52.

**Una indicazione che emerge dal presente lavoro** è sicuramente quella di individuare sistemi di rilevazione dei costi che siano funzionali a rilevare:

- i costi per il pagamento delle quote di rilievo sanitario , che dovrebbero coincidere con il riparto del FRNA;
- i costi per le prestazioni e le forniture sanitarie presso i centri di servizio per anziani, che non sono a carico del FRNA;
- gli eventuali c.d. *costi ribaltati* per il funzionamento delle Aziende ULSS riferibili a questi livelli assistenziali (il cui totale per il 2009 è comunque nullo).

In particolare occorre che **nelle tavole FNA**:

- la rilevazione dei costi per l'acquisto di prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria [B02A550000 (B.2.A.11)] sia effettuata scomponendo il costo per il pagamento delle impegnative di residenzialità dal costo del pagamento di altre prestazioni;

- sia rilevato il costo a carico del Fondo indistinto delle prestazioni sanitarie erogate presso i centri di servizi, suddivise per tipologia (come in Tabella 47);
- siano rilevati la tipologia ed il costo delle prestazioni erogate con le eventuali risorse residue del FRNA non utilizzate per il pagamento delle quote di rilievo sanitario. Un esempio di quanto può valere questo costo è rappresentato dalla Tabella 39.

Occorre inoltre che **nei modelli LA**:

- il costo totale – ottenuto come sommatoria dei sub livelli di semiresidenzialità e residenzialità per anziani – corrisponda alla sommatoria dei costi per le prestazioni socio-sanitarie (pagamento impegnative) e dei costi per l’acquisto delle prestazioni sanitarie da erogare in convenzione presso i centri di servizi, nonché dell’eventuale “ribaltamento” dei costi di funzionamento;
- sia univocamente definito il rapporto tra macroarea e tipologia di costi da imputarvi.

## 2.4 La spesa regionale per gli investimenti per la residenzialità delle persone anziane non autosufficienti.



Con l’articolo 36<sup>15</sup> della LR 1/2004 (Finanziaria regionale 2004) la Regione del Veneto si è dotata di uno strumento per la concessione di contributi allo scopo di garantire gli standard di autorizzazione ed accreditamento delle strutture socio-sanitarie (ai sensi della LR 22/2002).

La norma autorizza la Giunta regionale a concedere contributi in conto capitale *una tantum* fino all’80 per cento della spesa riconosciuta e contributi in fondo di rotazione (a rimborso in quote costanti senza oneri per interessi per una durata di 10 anni, poi estesi a 15) per l’intero ammontare della spesa riconosciuta.

La spesa riguarda l’adeguamento o la realizzazione delle strutture, degli impianti tecnologici e degli arredi del settore sanitario, dei disabili e dei minori (con esclusione degli asili nido).

I destinatari degli interventi sono soggetti pubblici e privati non profit (di cui all’articolo 128, comma 1, della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11).

In sede di prima applicazione dell’articolo, per ciascun esercizio del triennio 2004-2006 sono stati messi a bilancio 20 milioni di euro per interventi eseguiti sia da soggetti pubblici che da privati. Dall’anno 2007 al 2010 tale importo è stato confermato ed è stato integrato, per ciascun anno, con l’iscrizione a bilancio di ulteriori 20 milioni di euro in fondo di rotazione.

L’articolo 36 della LR 1/2004 è stato abrogato dall’articolo 8 della LR 7/2011 (Finanziaria regionale 2011) che ha istituito il Fondo regionale di rotazione per la costruzione e ristrutturazione del patrimonio immobiliare destinato a servizi sociali e socio-sanitari. Per l’anno 2011 il Fondo di rotazione è stato finanziato con 50 milioni di euro, rimborsabile fino a un massimo di 25 anni. Possono accedervi anche gli asili nido.

La gestione del Fondo è accentrata a livello regionale.

La seguente tabella illustra il finanziamento dell’articolo 36 per il periodo 2004-2010.

	CONTO CAPITALE			FONDO DI ROTAZIONE			totale complessivo
	pubblici	privati	totale	pubblici	privati	totale	
Anno	Capitolo 100338	Capitolo 100669		Capitolo 100900	Capitolo 101027		
2004*	20.000.000	-	20.000.000				20.000.000
2005*	20.000.000	-	20.000.000				20.000.000
2006	17.000.000	3.000.000	20.000.000				20.000.000
2007	17.000.000	3.000.000	20.000.000	20.000.000	-	20.000.000	40.000.000
2008	15.360.000	3.705.000	19.065.000	18.000.000	2.000.000	20.000.000	39.065.000

<sup>15</sup> Il testo integrale dell’articolo è riportato in appendice.

<b>2009</b>	15.000.000	5.100.000	20.100.000	15.000.000	5.000.000	20.000.000	40.100.000
<b>2010</b>	14.000.000	5.000.000	19.000.000	15.000.000	5.500.000	20.500.000	39.500.000
<b>TOT.</b>			<b>138.165.000</b>			<b>80.500.000</b>	<b>218.665.000</b>

\*nel 2004 e 2005 non c'è distinzione tra beneficiari pubblici e privati

**Tabella 54 – Stanziamenti in bilancio regionale, nel periodo 2004-2010, per i contributi in conto capitale e fondo rotazione ai sensi dell'art. 36 della LR 1/2004.**

L'ammontare complessivo, come abbiamo visto, comprende anche strutture per disabili e per minori.

Dalla Direzione Regionale Edilizia a Finalità Collettive abbiamo ricevuto il dato relativo agli impegni di spesa successivi alle DGR di riparto, riguardanti le strutture per anziani non autosufficienti che hanno avviato i progetti ammessi al contributo.

Il dato complessivo, riassunto per ULSS e distinto tra interventi in conto capitale e in fondo di rotazione, è illustrato nella seguente tabella.

ULSS	CONTO CAPITALE		FONDO DI ROTAZIONE		TOTALE	
	Interventi	importo	Interventi	importo	Interventi	importo
1	4	2.570.000	15	4.821.205	19	7.391.205
2	4	955.000	20	5.953.347	24	6.908.347
3	2	2.300.000	16	2.928.692	18	5.228.692
4	3	2.500.000	13	2.471.500	16	4.971.500
5	4	3.170.000	20	7.179.711	24	10.349.711
6	4	5.100.000	20	8.337.751	24	13.437.751
7	8	5.100.000	15	4.579.427	23	9.679.427
8	3	1.550.000	7	2.070.000	10	3.620.000
9	6	7.000.000	14	6.790.000	20	13.790.000
10	4	2.360.000	14	3.470.000	18	5.830.000
12	2	3.750.000	9	5.310.000	11	9.060.000
13	3	3.280.000	7	2.503.400	10	5.783.400
14	0	0	9	2.040.000	9	2.040.000
15	3	2.340.000	10	4.620.000	13	6.960.000
16	6	3.700.000	11	5.690.000	17	9.390.000
17	3	2.800.000	18	5.688.578	21	8.488.578
18	4	5.950.000	17	7.201.847	21	13.151.847
19	2	2.140.000	11	2.769.000	13	4.909.000
20	7	6.150.000	26	8.828.801	33	14.978.801
21	4	1.670.000	19	3.422.842	23	5.092.842
22	9	3.491.100	27	6.516.228	36	10.007.328
<b>totale</b>	<b>85</b>	<b>67.876.100</b>	<b>318</b>	<b>103.192.329</b>	<b>403</b>	<b>171.068.429</b>

**Tabella 55 – Contributi in conto capitale e fondo rotazione assegnati nel periodo 2004-2010 ai sensi dell'art. 36 della LR 1/2004 alle sole strutture per anziani non autosufficienti.**

Misuriamo anche in questo caso l'importo assegnato nel territorio di ciascuna ULSS nel periodo 2004-2010 con il fabbisogno e con il numero dei posti disponibili di 1° e 2° livello (Tabella 25). Prendiamo i due divisori con riferimento all'anno 2009.

ULSS	importo art. 36	fabbisogno	importo per unità di fabbisogno	posti disponibili	importo per posto disponibile
1	7.391.205,00	1.002	7.376,45	786	9.403,57
2	6.908.347,00	657	10.514,99	758	9.113,91
3	5.228.692,00	842	6.209,85	1.517	3.446,73
4	4.971.500,00	891	5.579,69	1.056	4.707,86
5	10.349.711,00	802	12.904,88	1.206	8.581,85
6	13.437.751,00	1.504	8.934,67	1.960	6.856,00
7	9.679.427,00	1.197	8.086,41	1.345	7.196,60
8	3.620.000,00	1.100	3.290,91	1.212	2.986,80
9	13.790.000,00	1.962	7.028,54	2.525	5.461,39
10	5.830.000,00	1.074	5.428,31	807	7.224,29

12	9.060.000,00	2.351	3.853,68	1.890	4.793,65
13	5.783.400,00	1.165	4.964,29	797	7.256,46
14	2.040.000,00	631	3.232,96	503	4.055,67
15	6.960.000,00	1.074	6.480,45	902	7.716,19
16	9.390.000,00	2.196	4.275,96	2.265	4.145,70
17	8.488.578,00	1.011	8.396,22	731	11.612,28
18	13.151.847,00	1.083	12.143,90	1.305	10.078,04
19	4.909.000,00	444	11.056,31	446	11.006,73
20	14.978.801,00	2.507	5.974,79	2.529	5.922,82
21	5.092.842,00	809	6.295,23	960	5.305,04
22	10.007.328,00	1.233	8.116,24	1.709	5.855,66
<b>totale</b>	<b>171.068.429,00</b>	<b>25.535</b>	<b>6.699,37</b>	<b>27.209</b>	<b>6.287,20</b>

Tabella 56 – Misurazione del totale dei contributi assegnati ex art. 36 sul fabbisogno 2009 e sui posti letto 2009.

Il dato è illustrato nel Grafico 15.

L'asse orizzontale evidenzia i territori nei quali l'assegnazione del contributo misurato rispetto al fabbisogno è maggiore o inferiore alla media regionale. I valori più a destra appartengono ai territori delle ULSS che hanno ricevuto un maggiore contributo per unità di fabbisogno.

L'asse verticale misura l'assegnazione del contributo sui posti esistenti nel 2009. I valori più in alto rappresentano le ULSS dove sono stati erogati importi maggiori per ciascun posto letto attivato al 2009.

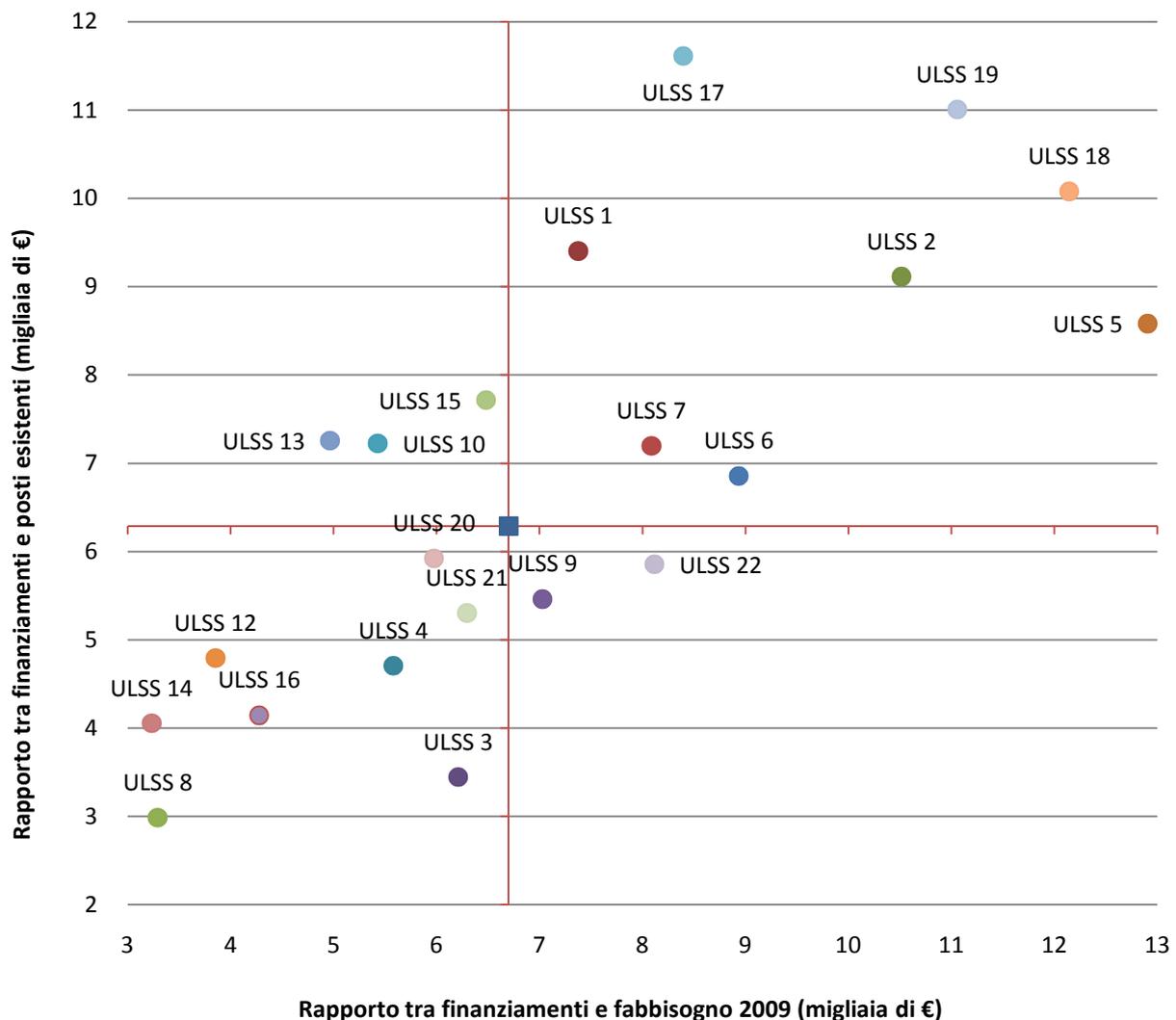


Grafico 15 – Confronto dei finanziamenti ricevuti con il fabbisogno e i posti esistenti 2009

## 2.5 Quadro di sintesi per ULSS. Metodologia

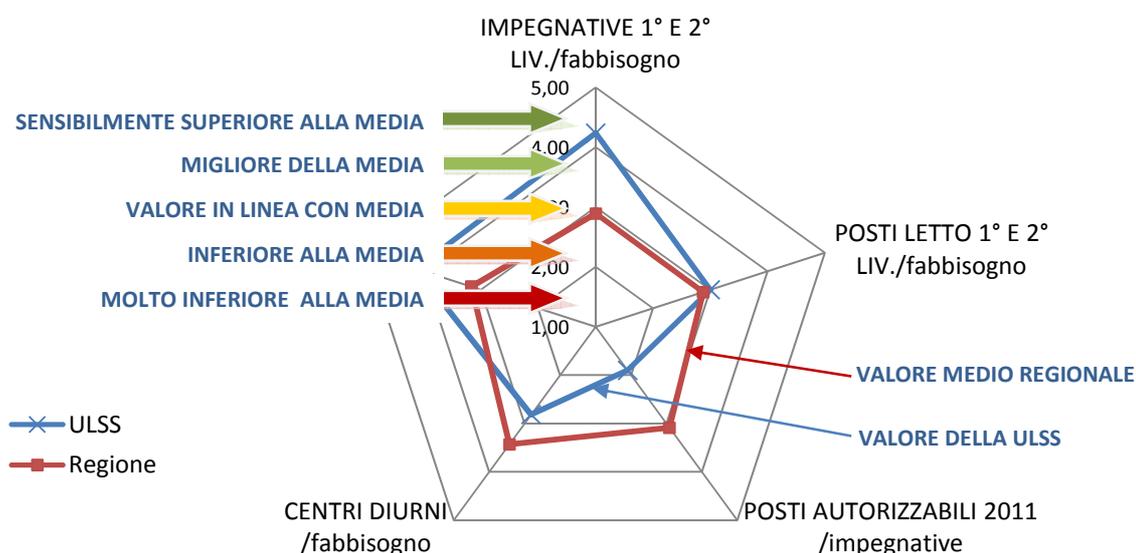


In analogia con il Libro Bianco del servizio socio sanitario, anche per l'area della residenzialità anziani abbiamo effettuato una fotografia di sintesi di ciascuna Azienda ULSS, in rapporto al valore medio degli indicatori proposti. Abbiamo usato la medesima metodologia del **grafico radiale** (o "bersaglio"), che permette una visualizzazione semplice ed integrata dei punti di forza e di debolezza di ciascuna ULSS. Con questa logica sono stati creati dei grafici che permettono di posizionare, per i diversi indicatori calcolati, ciascuna Azienda rispetto al parametro medio regionale.

La valutazione di posizionamento di ciascuna ULSS è il risultato di un processo di ranking calcolato secondo la logica dei quintili, ovvero ordinando le Aziende secondo i valori crescenti dell'indicatore e dividendo la distribuzione degli stessi in cinque classi.

La misurazione dei valori che abbiamo ricavato nei paragrafi precedenti è stata fatta utilizzando universalmente il parametro del **fabbisogno**, in quanto ci consente di rapportare i numeri relativi a servizi, finanziamenti e costi alle caratteristiche demografiche della popolazione e alle specificità del territorio, come abbiamo visto nel paragrafo 2.2.1.

**Il grafico radiale va letto nel seguente modo:**



Ricordiamo che è stato necessario tener conto della specificità dell'intervento rivolto ai religiosi non autosufficienti, la cui presenza nel territorio non è in funzione della struttura demografica. Abbiamo stimato nel paragrafo 2.3.7 che i servizi ai religiosi riguardino circa il 3% del finanziamento. Ai fini della nostra misurazione è perciò necessario considerare i valori di posti e impegnative, di finanziamento e di costo scorporando i valori relativi ai religiosi.

A questo scopo abbiamo ricavato per stima anche i valori dei costi, utilizzando, per ciascuna ULSS, le proporzioni determinate alla Tabella 34.

Nei grafici seguenti, sono stati rappresentati i valori rispetto al valore medio calcolato sul fabbisogno regionale. Per ogni azienda sono stati costruiti due grafici. Il primo rappresenta i dati di produzione dei servizi, il secondo i dati di finanziamento e di costo.

## 2.5.1 Confronto sui servizi

Abbiamo scelto di rappresentare i seguenti indicatori che, ricordiamo, sono misurati relativamente al 2009:

1. **Rapporto tra impegnative di 1° e 2° livello di residenzialità e fabbisogno.** In base a questo numero si definiscono “sopraparametro” o “sottoparametro” le ULSS il cui rapporto tra impegnative di residenzialità esistenti e fabbisogno è rispettivamente inferiore o superiore alla media regionale del rapporto stesso.
2. **Rapporto tra posti attivi di 1° e 2° livello e fabbisogno.** Con questo numero si evidenzia la capacità ricettiva in relazione al fabbisogno.
3. **Rapporto tra posti autorizzabili di 1° e 2° livello e impegnative 2011.** E’ l’unico valore che non rapportiamo al fabbisogno, in quanto i posti autorizzabili, come abbiamo visto al paragrafo 2.2.2.2, sono già definiti in funzione del fabbisogno. La DGR 417/2009 aveva definito questo numero in funzione del fabbisogno 2009 + 10%. La DGR 190/2011 ha aumentato il numero dei posti autorizzabili in misura pari a fabbisogno 2011 + 25%. Questo indicatore mostra la proporzione tra le impegnative e i posti autorizzabili. Al paragrafo 2.4.1.1 valutiamo inoltre l’incidenza sulla spesa regionale qualora tali posti venissero autorizzati, e successivamente accreditati e finanziati – e si volesse mantenere il rapporto impegnative/posti pari a 87/100, come per l’anno 2009 (cfr. Tabella 26).  
*Nei grafici radiali per ULSS lo scostamento di questo rapporto dalla media regionale indica, se orientato verso l’esterno, che è molto alta la proporzione tra posti autorizzabili ed impegnative esistenti.*
4. **Rapporto tra posti per Centri Diurni e fabbisogno.**
5. **Presenza di posti SAPA e SVP su fabbisogno.**

I dati di confronto, per ULSS, sono presenti nella Tabella 57.

ULSS	fabbisogno 2009	impegnative /fabbisogno	posti letto /fabbisogno	posti autorizzabili 2011 /impegnative *	centri diurni /fabbisogno	sapa+svp /fabbisogno
1	1.002	84,1%	78,4%	151,5%	4,9%	1,0%
2	657	101,7%	115,4%	127,8%	3,7%	1,5%
3	842	110,0%	180,2%	121,0%	4,0%	1,0%
4	891	109,9%	118,5%	120,3%	3,9%	1,8%
5	802	93,4%	150,4%	143,5%	3,2%	2,0%
6	1.504	116,2%	130,3%	114,8%	6,5%	0,7%
7	1.197	97,7%	112,4%	133,4%	9,2%	1,7%
8	1.100	102,5%	110,2%	129,8%	4,0%	1,8%
9	1.962	94,9%	128,7%	140,2%	5,5%	1,4%
10	1.074	69,0%	75,1%	196,0%	0,9%	1,9%
12	2.351	88,6%	80,4%	158,1%	4,2%	1,1%
13	1.165	71,5%	68,4%	190,9%	5,4%	0,3%
14	631	81,8%	79,7%	170,2%	10,3%	1,0%
15	1.074	83,0%	84,0%	161,6%	4,3%	3,4%
16	2.196	93,6%	103,1%	145,2%	7,4%	1,1%
17	1.011	81,5%	72,3%	158,5%	4,5%	1,0%
18	1.083	94,2%	120,5%	136,3%	0,0%	1,3%
19	444	94,1%	100,5%	141,9%	0,0%	0,9%
20	2.507	95,8%	100,9%	138,7%	3,2%	0,4%
21	809	96,0%	118,7%	136,9%	1,0%	1,2%
22	1.233	92,4%	138,6%	145,3%	8,6%	1,0%
Regione	25.535	93,1%	106,6%	143,3%	4,7%	1,2%

Con il termine impegnative si intendono le impegnative di 1° e 2° livello, escluse quelle per i religiosi.

\* Dal 2010 le impegnative per l’ULSS 14 sono 275, e per l’ULSS 16 sono 2.296

Tabella 57 – Dati di confronto sui servizi per la residenzialità anziani non autosufficienti.

### 2.5.1.1 Stima incremento finanziamento per aumento posti autorizzabili (se accreditati)

Nella Tabella 58 proviamo a simulare lo scenario del finanziamento della residenzialità all'interno del Fondo per la non autosufficienza qualora, per effetto della DGR 190/2011 (cfr. paragrafo 2.2.2.2) fossero realizzati ulteriori posti di 1° e di 2° livello per anziani non autosufficienti e qualora tali posti venissero altresì accreditati per poter ospitare utenti con impegnativa di residenzialità.

Nel fare questo calcolo, abbiamo postulato le seguenti condizioni:

- 1) mantenimento a livello regionale del rapporto tra posti disponibili e impegnative di residenzialità di 114/100, come nella situazione del 2009;
- 2) valore delle quota di rilievo sanitario pari a quello del 2009.

Al valore 2009, l'incremento delle risorse necessarie sarebbe di 111 milioni di euro, pari al 27% in più del valore attualmente impiegato e pari ad un incremento complessivo del 16% del FRNA e dell'1% del FSR.

<b>Posti autorizzabili ex DGR 190/2011</b>	34.056
<b>Numero di impegnative mantenere il rapporto: 114 posti /100 impegnative (+6.049 impegnative rispetto a quelle del 2011)</b>	29.874
<b>Impegnative di 1° livello (75% del totale, secondo programmazione)</b>	22.405
<b>Impegnative di 2° livello (25% del totale, secondo programmazione)</b>	7.468
<b>Valorizzazione a quota 49,00€</b>	378.132.057,95 €
<b>Valorizzazione a quota 56,00€</b>	144.050.307,79 €
<b>Totale valorizzazione</b>	522.182.365,74 €
<b>Finanziamento attuale</b>	410.823.163,40 €
<b>differenza</b>	111.359.202,34 €
<b>differenza %</b>	27%

Tabella 58 – Simulazione dello scenario del finanziamento della residenzialità nel caso di autorizzazione e accreditamento dei posti previsti dalla DGR 190/2011.

### 2.5.2 Confronto su finanziamenti e costi

Gli indicatori che rappresentiamo per ciascuna ULSS nel secondo bersaglio sono:

1. Rapporto tra finanziamento delle impegnative di 1° e 2° livello al fabbisogno.
2. Rapporto tra contributi in conto capitale 2004-2010 e fabbisogno.
3. Rapporto dei costi degli LA dei sub livelli semiresidenzialità e residenzialità anziani (detratta in proporzione la percentuale calcolata per i religiosi) al fabbisogno.
4. Rapporto tra costi ricavati per le impegnative (detratta in proporzione la percentuale calcolata per i religiosi) su fabbisogno.
5. Rapporto dei costi sanitari per la convenzione ex DGR 3856/2004 sul fabbisogno.

I dati di confronto, per ULSS, sono presenti nella Tabella 59.

ULSS	Fabbisogno	Finanziamento /fabbisogno	Finanziamento investimenti /fabbisogno	costo LA /fabbisogno	Costo impegnative /fabbisogno	Costo convenzione /presenze
1	1.002	14.318,89	7.376,45	20.564,87	14.518,52	4,89
2	657	17.253,04	10.514,99	24.697,13	19.438,09	4,88
3	842	19.265,40	6.209,85	27.653,17	18.981,04	6,60
4	891	19.142,46	5.579,69	30.222,55	19.596,94	6,41
5	802	15.910,97	12.904,88	21.972,22	18.951,50	8,81
6	1.504	20.161,57	8.934,67	23.092,58	19.760,20	6,47
7	1.197	16.874,23	8.086,41	20.839,73	18.403,88	5,77
8	1.100	17.783,40	3.290,91	20.045,93	18.468,01	6,30
9	1.962	16.308,23	7.028,54	24.200,82	18.584,45	5,47

<b>10</b>	<b>1.074</b>	11.809,52	5.428,31	11.519,55	10.674,97	4,24
<b>12</b>	<b>2.351</b>	15.520,99	3.853,68	19.221,61	14.987,12	6,15
<b>13</b>	<b>1.165</b>	12.269,93	4.964,29	12.810,20	10.942,61	6,33
<b>14</b>	<b>631</b>	14.080,67	3.232,96	16.286,85	15.820,28	5,36
<b>15</b>	<b>1.074</b>	14.490,74	6.480,45	16.305,70	14.488,22	7,94
<b>16</b>	<b>2.196</b>	16.193,68	4.275,96	16.170,56	17.750,33	5,64
<b>17</b>	<b>1.011</b>	14.136,56	8.396,22	14.165,18	12.974,11	5,71
<b>18</b>	<b>1.083</b>	16.367,87	12.143,90	17.768,24	17.399,26	6,42
<b>19</b>	<b>444</b>	16.154,41	11.056,31	18.810,81	16.631,90	5,65
<b>20</b>	<b>2.507</b>	16.596,57	5.974,79	17.982,01	16.950,18	6,92
<b>21</b>	<b>809</b>	16.357,60	6.295,23	19.226,77	17.359,73	4,81
<b>22</b>	<b>1.233</b>	15.826,04	8.116,24	19.036,82	17.735,30	4,73
<b>Regione</b>	<b>25.535</b>	<b>16.088,63</b>	<b>6.699,37</b>	<b>19.446,19</b>	<b>16.696,94</b>	<b>6,05</b>

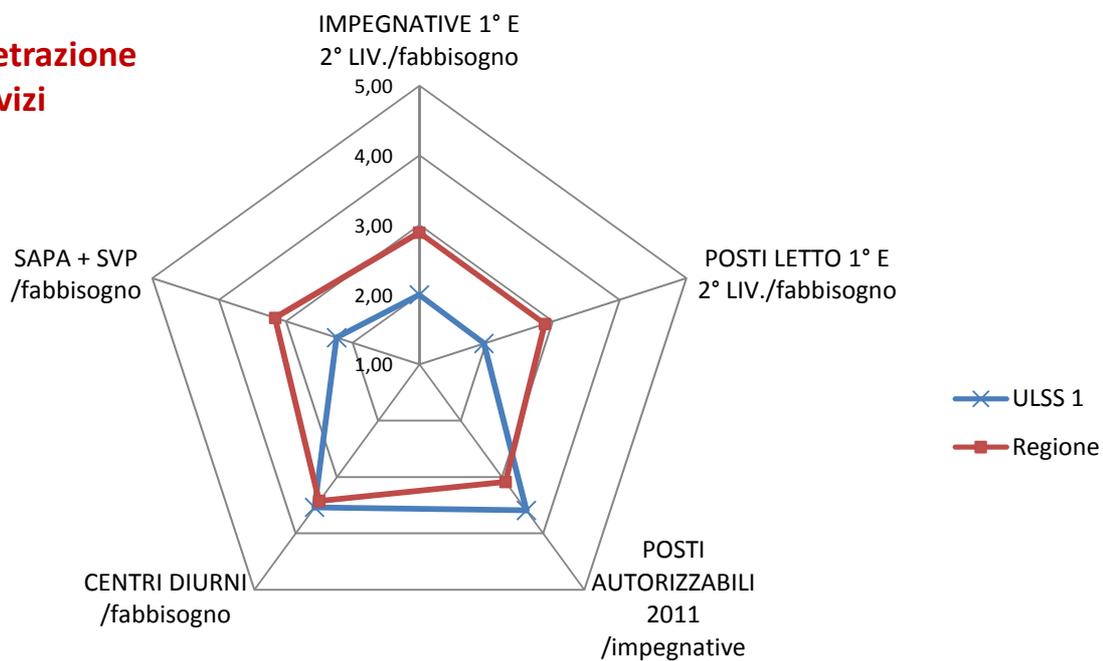
Tabella 59– Dati di confronto sui finanziamenti e i costi per la residenzialità anziani non autosufficienti.

## 2.6 Quadro di sintesi per ULSS. Grafici

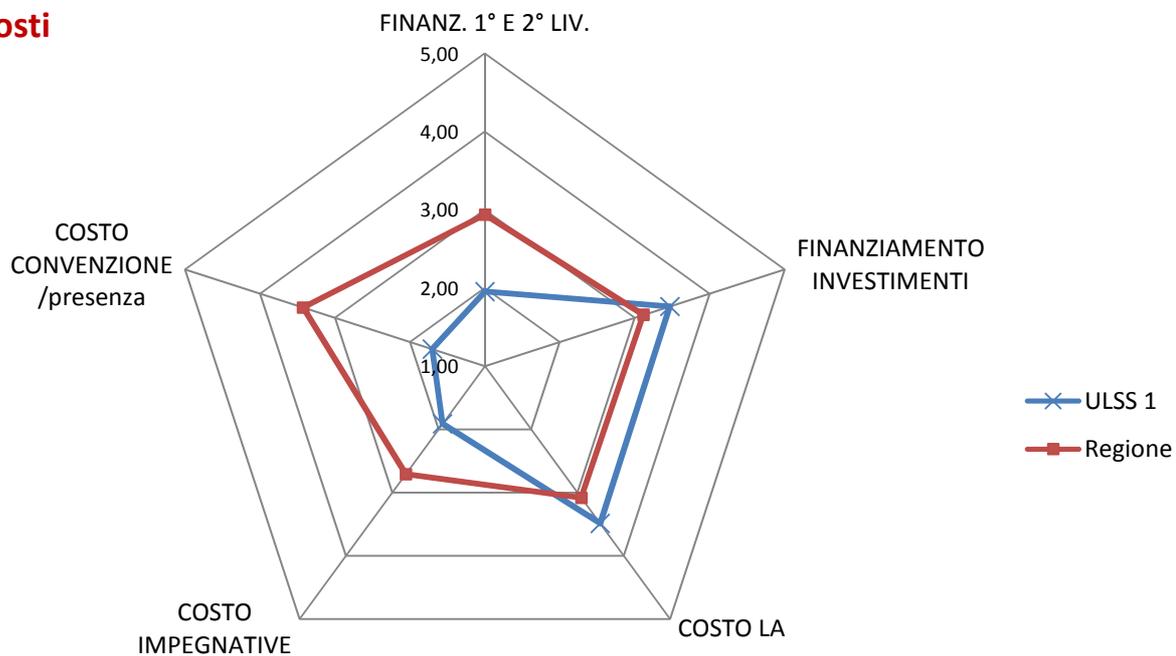


### ULSS 1

#### Parametrazione dei servizi

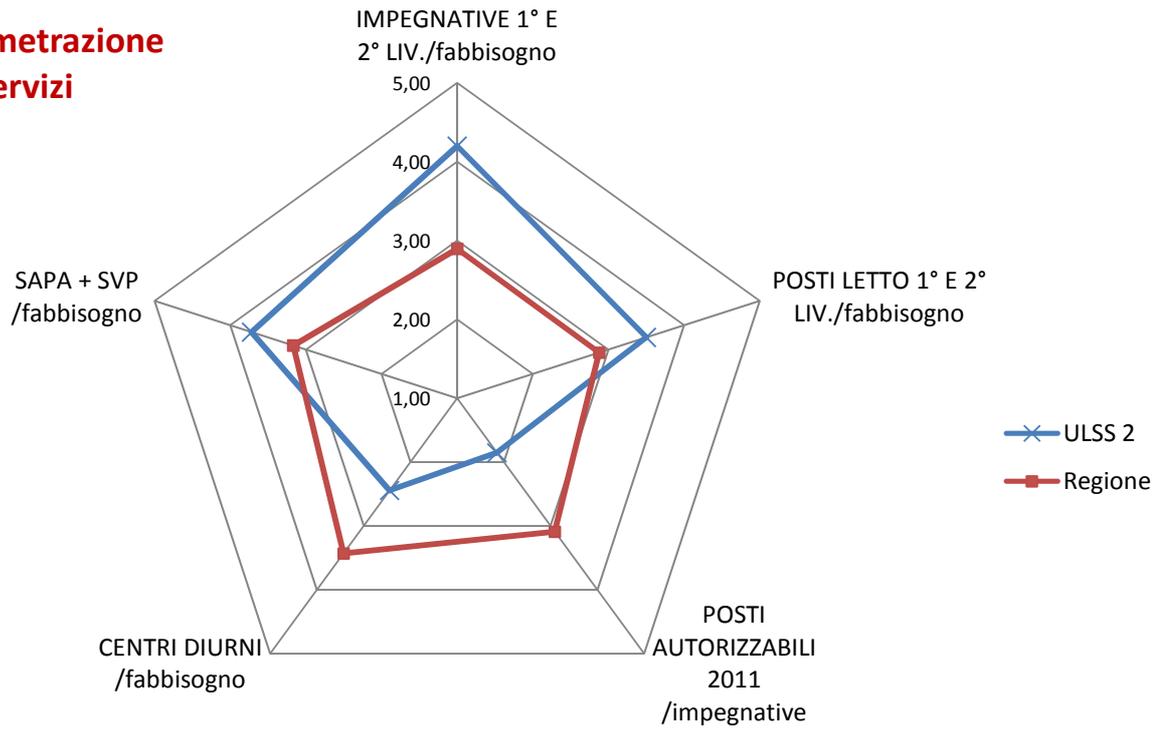


#### Finanziamenti e costi

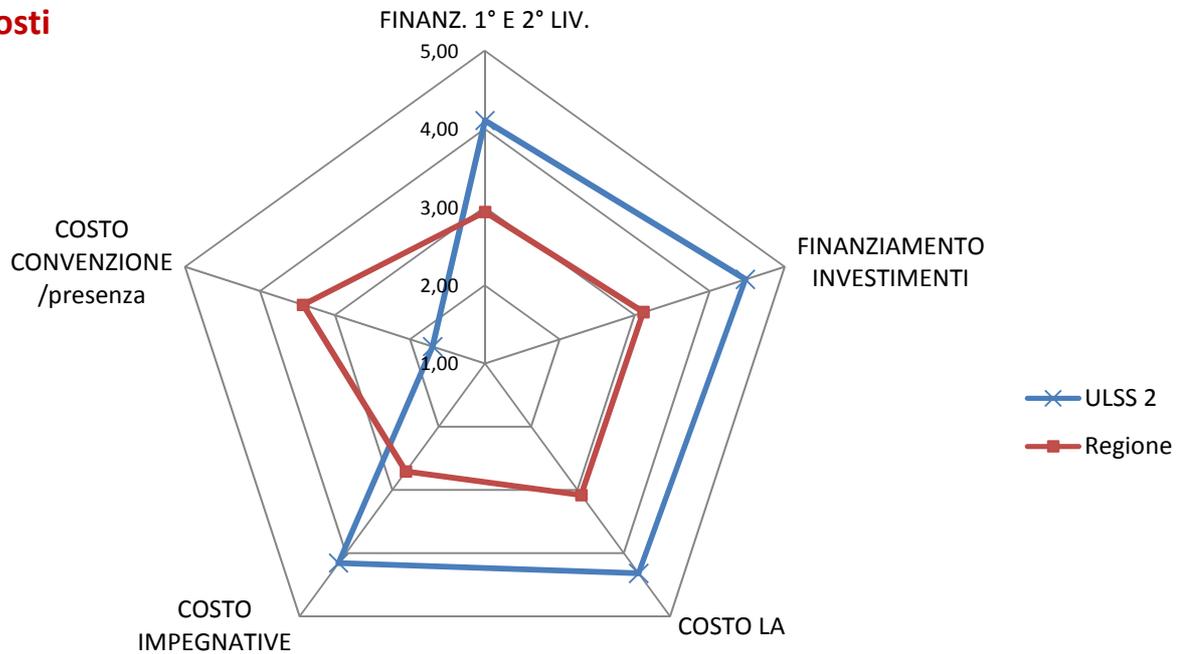


## ULSS 2

### Parametrazione dei servizi

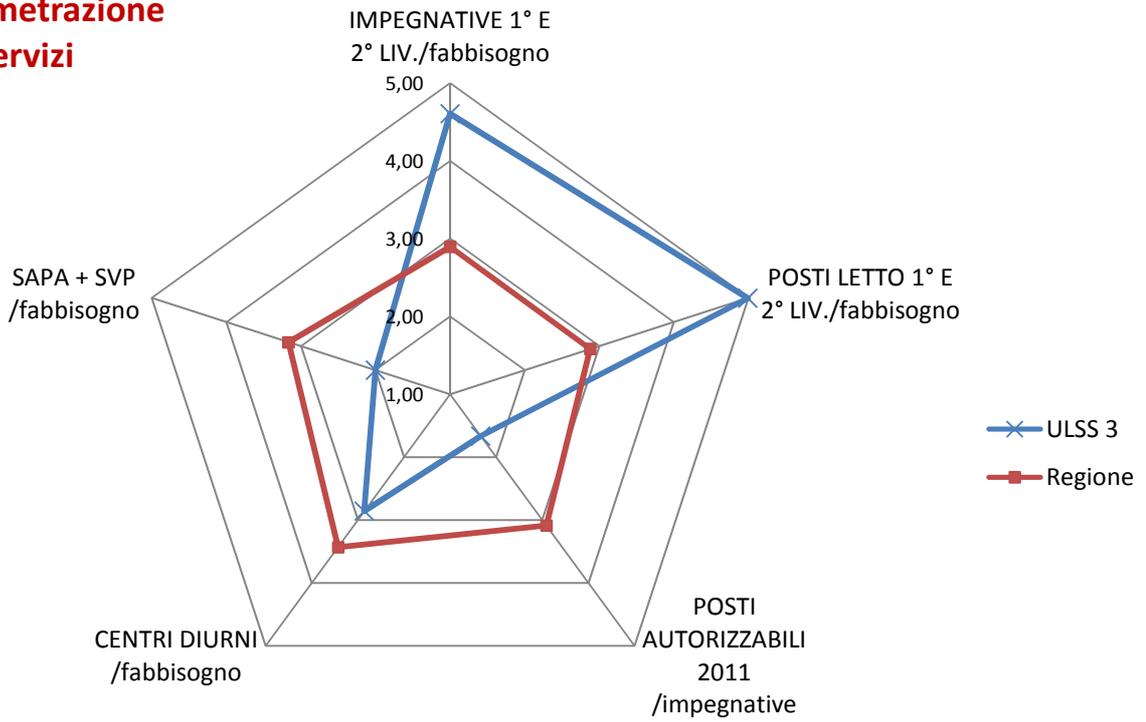


### Finanziamenti e costi

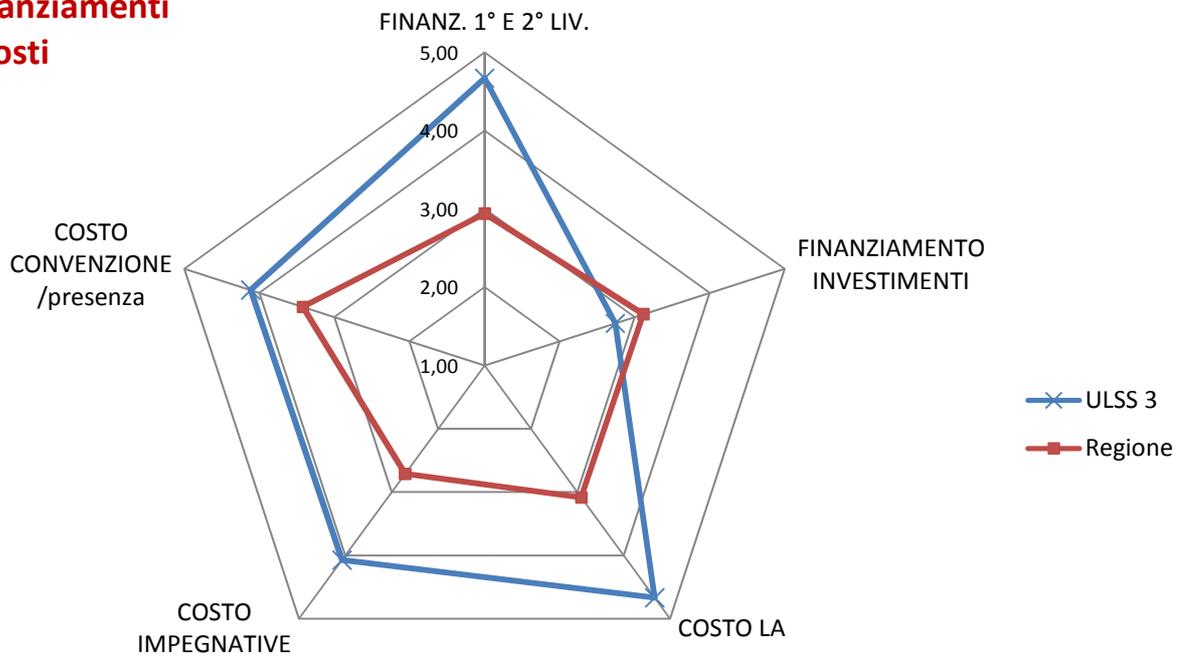


## ULSS 3

### Parametrazione dei servizi

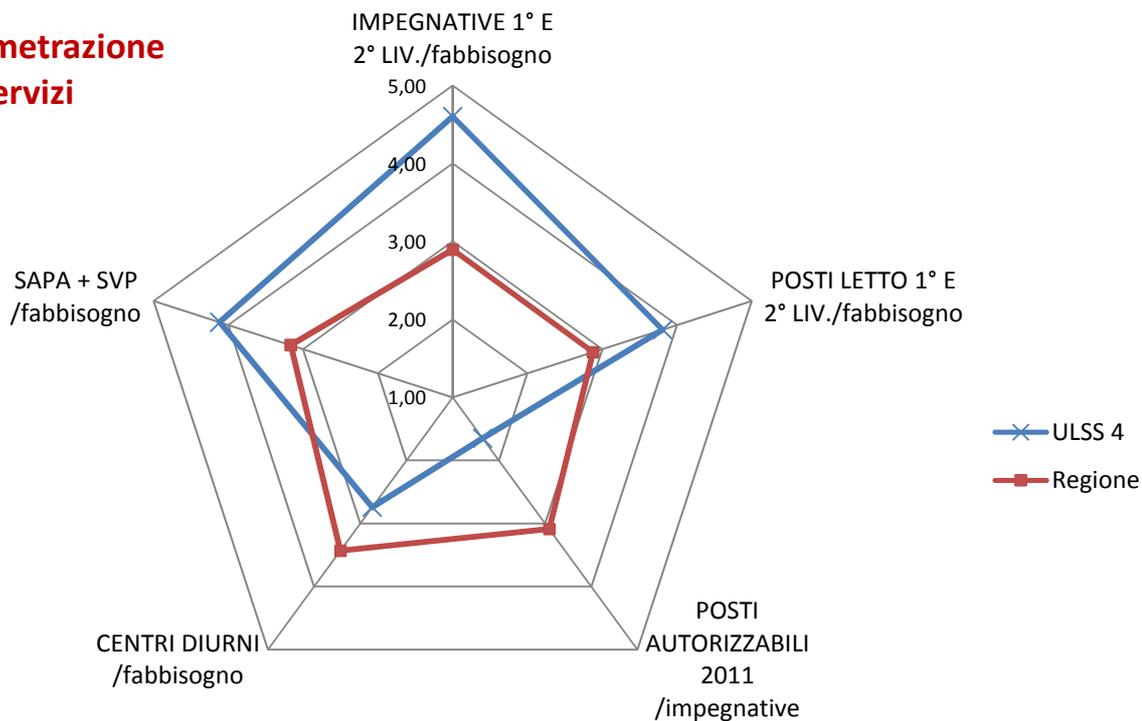


### Finanziamenti e costi

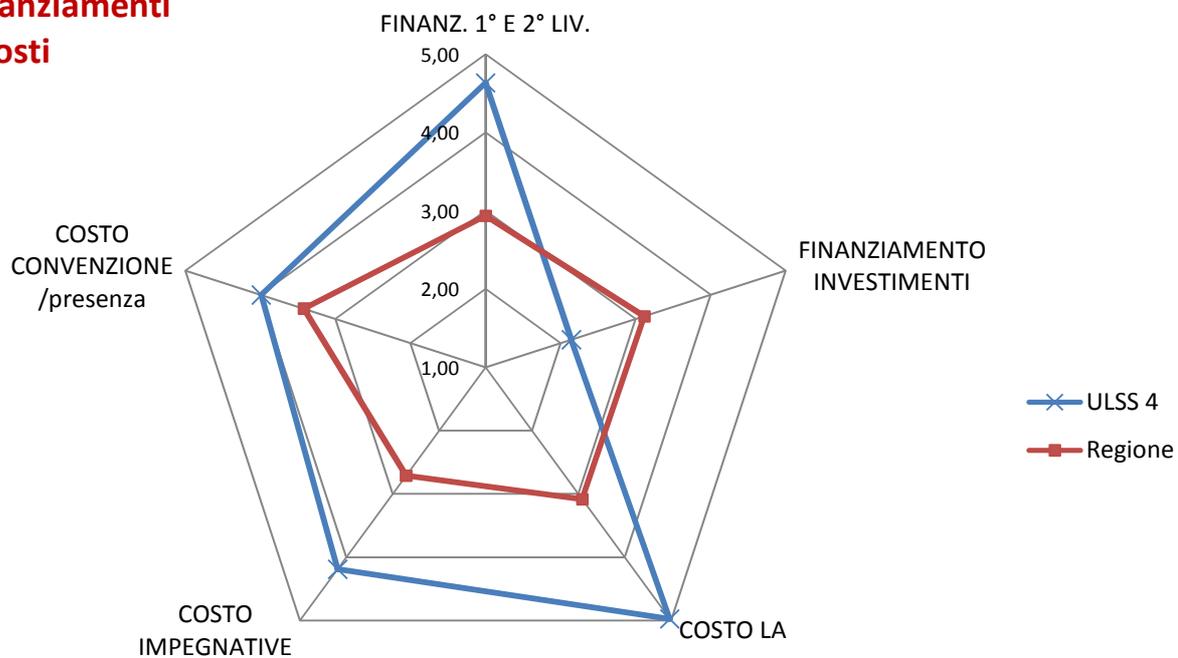


## ULSS 4

### Parametrazione dei servizi

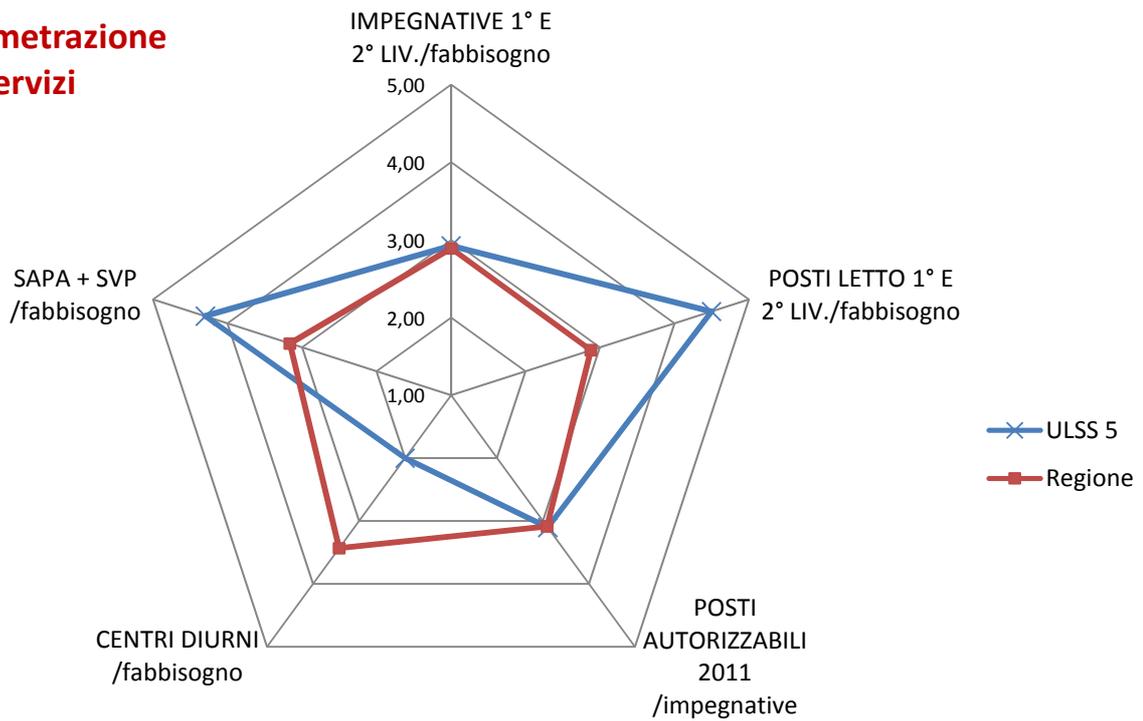


### Finanziamenti e costi

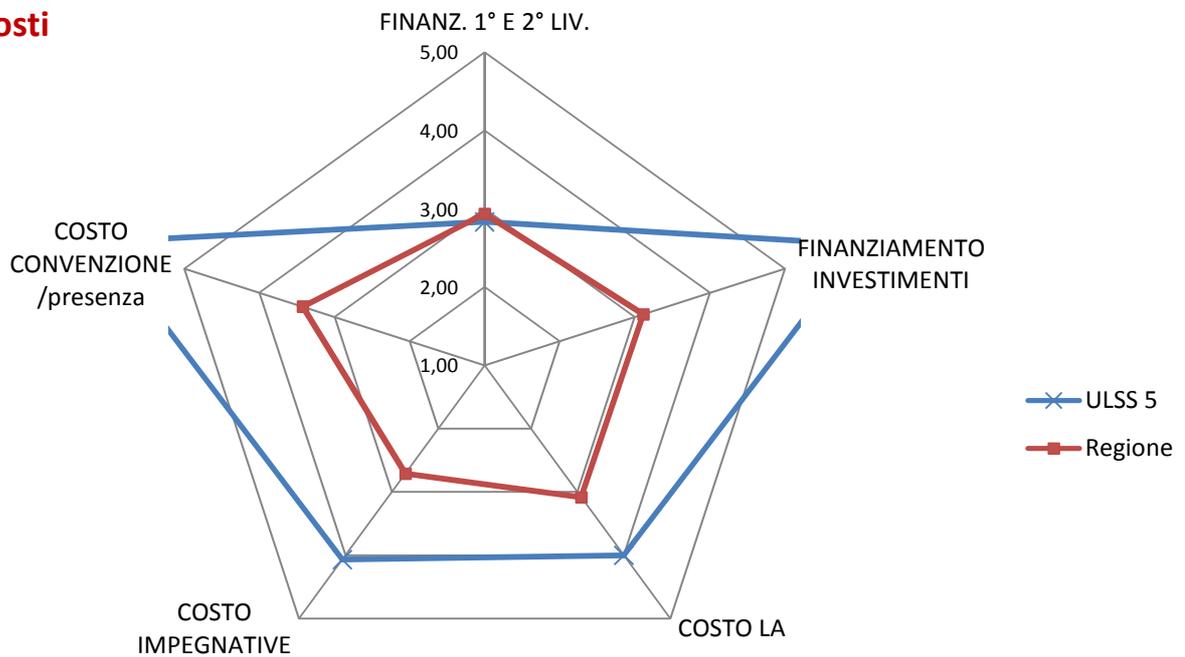


## ULSS 5

### Parametrazione dei servizi

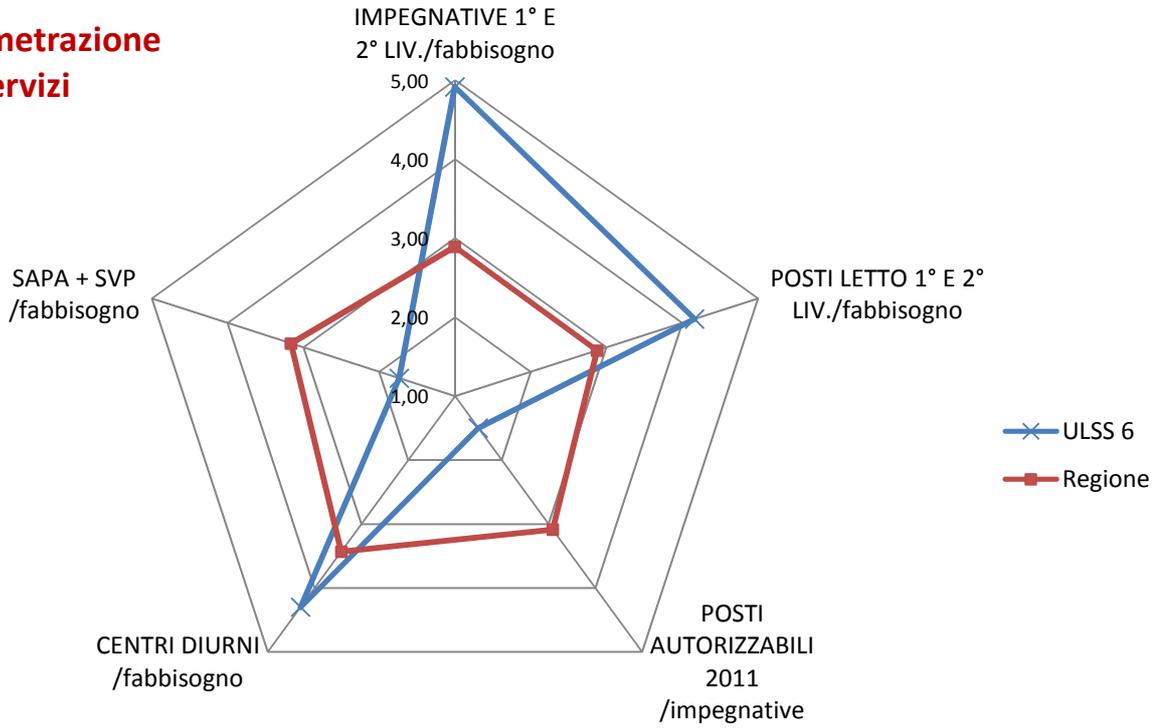


### Finanziamenti e costi

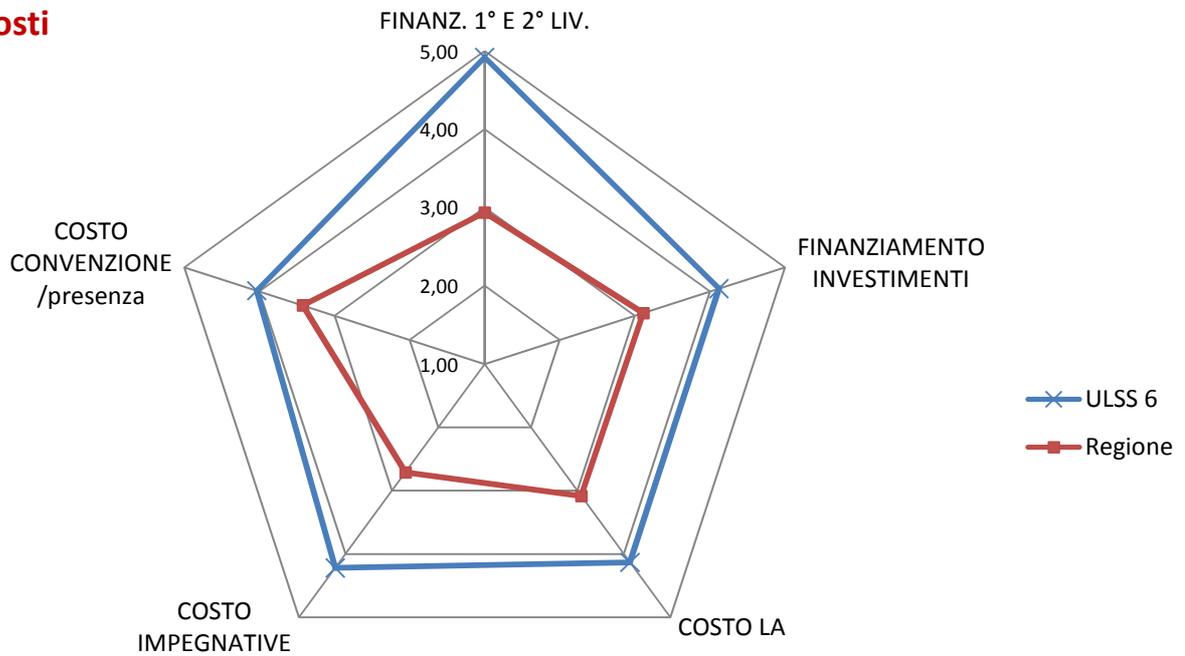


## ULSS 6

### Parametrazione dei servizi

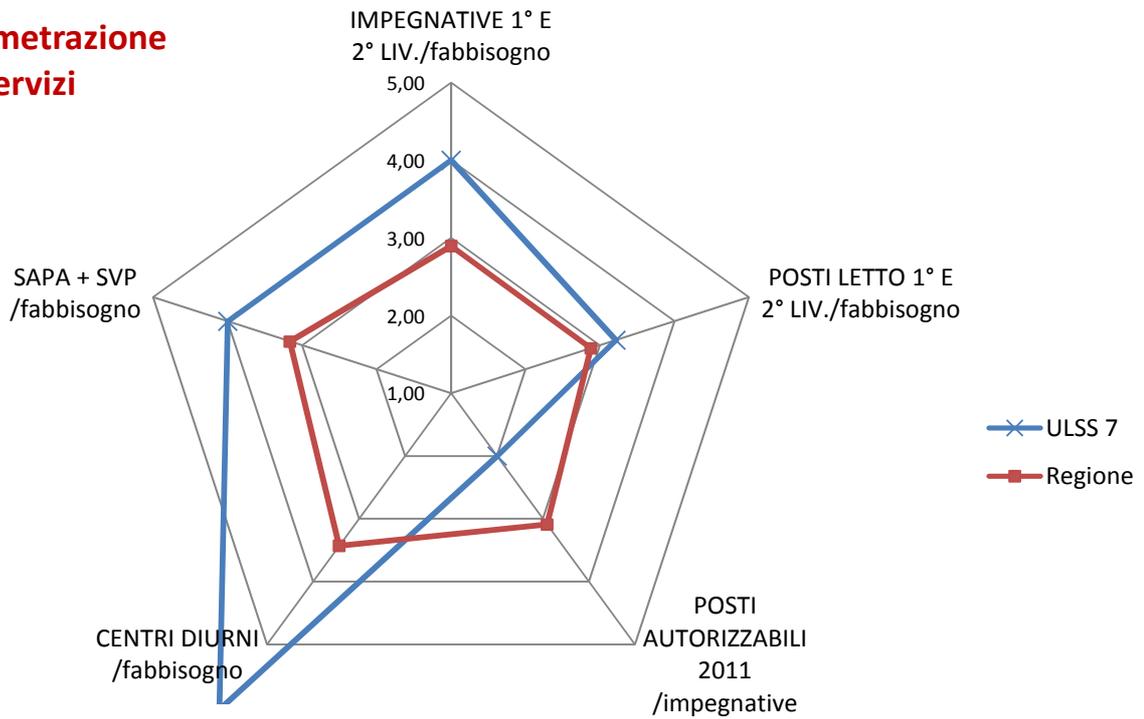


### Finanziamenti e costi

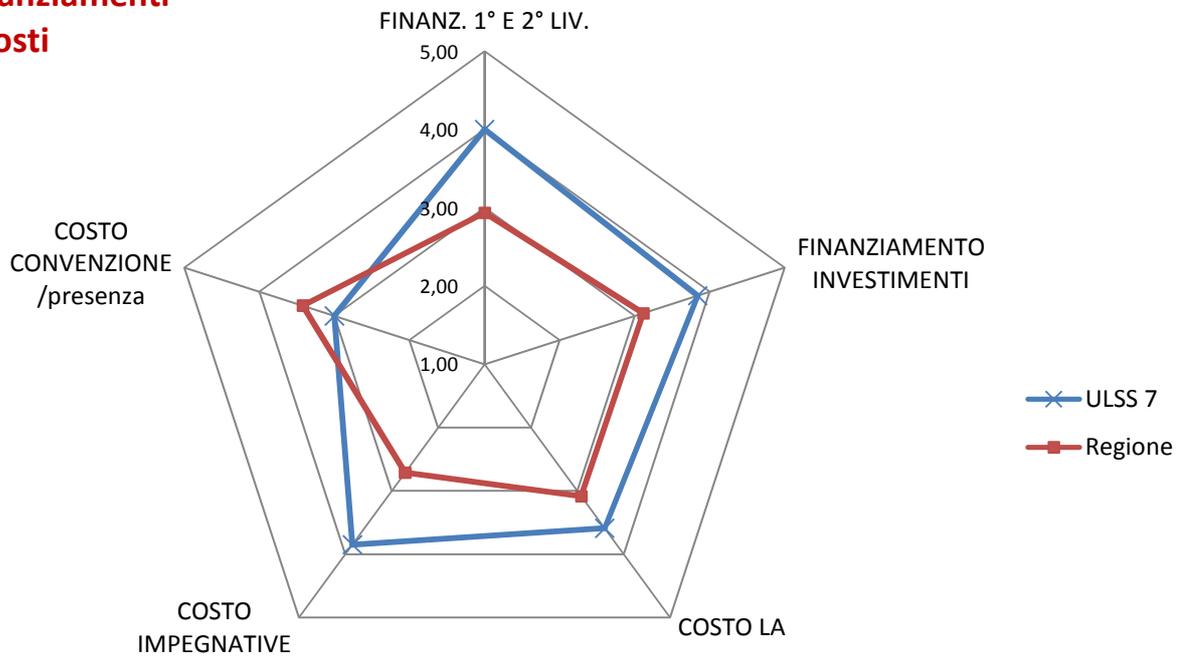


## ULSS 7

### Parametrazione dei servizi

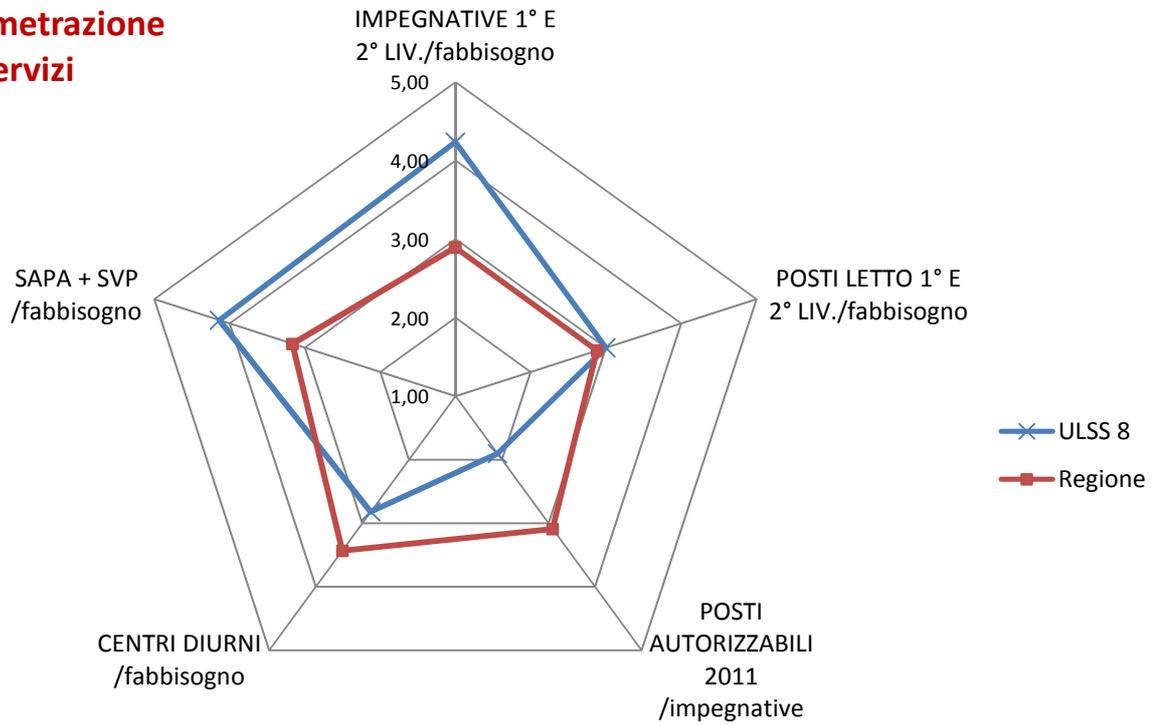


### Finanziamenti e costi

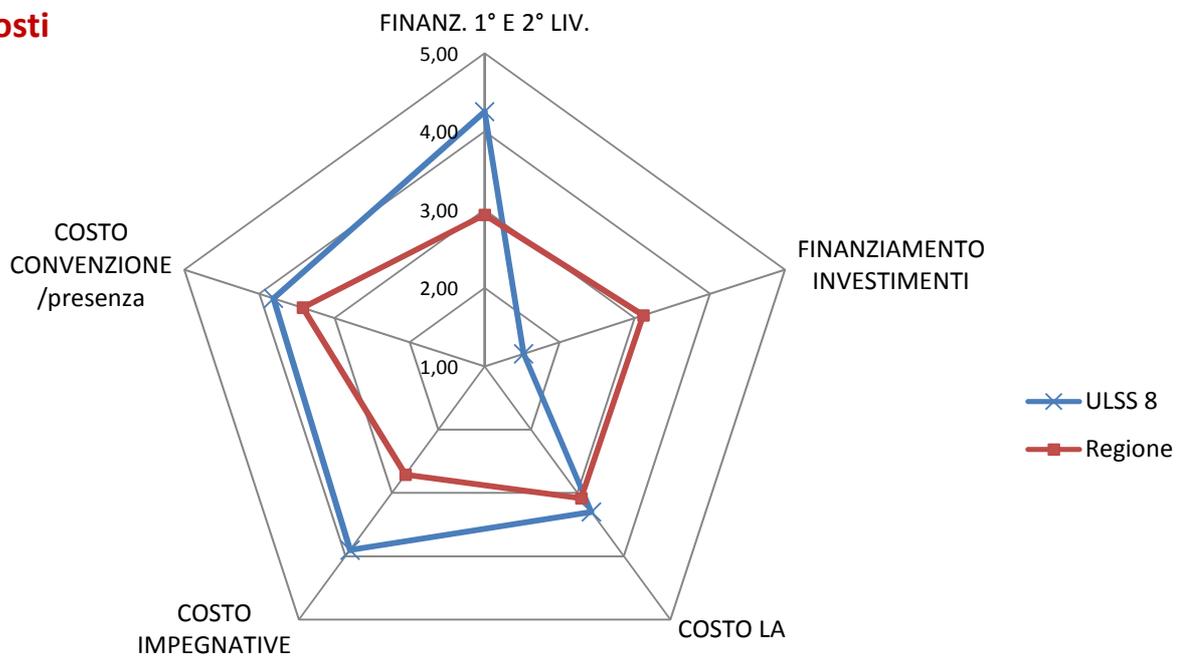


## ULSS 8

### Parametrazione dei servizi

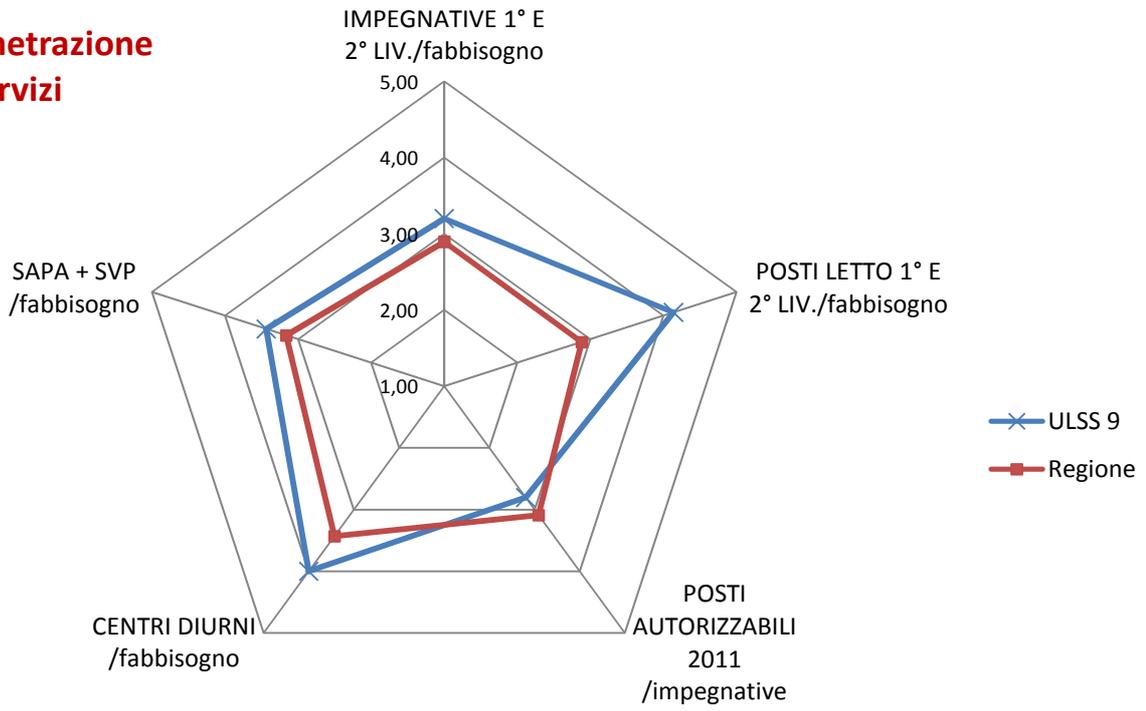


### Finanziamenti e costi

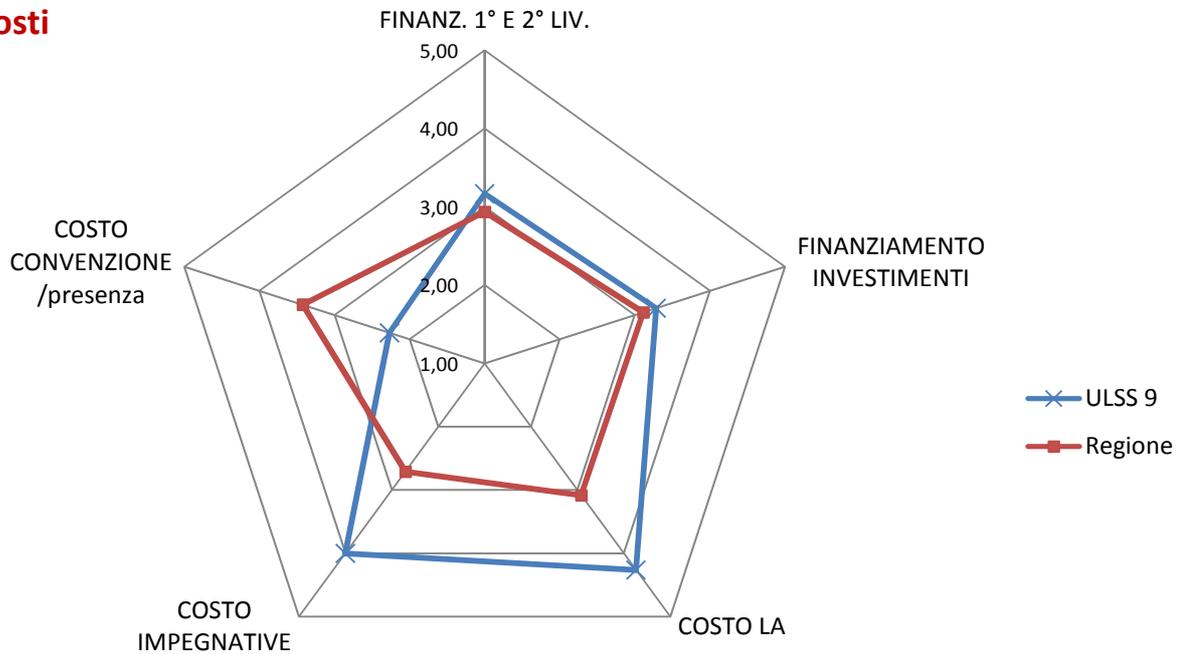


## ULSS 9

### Parametrazione dei servizi

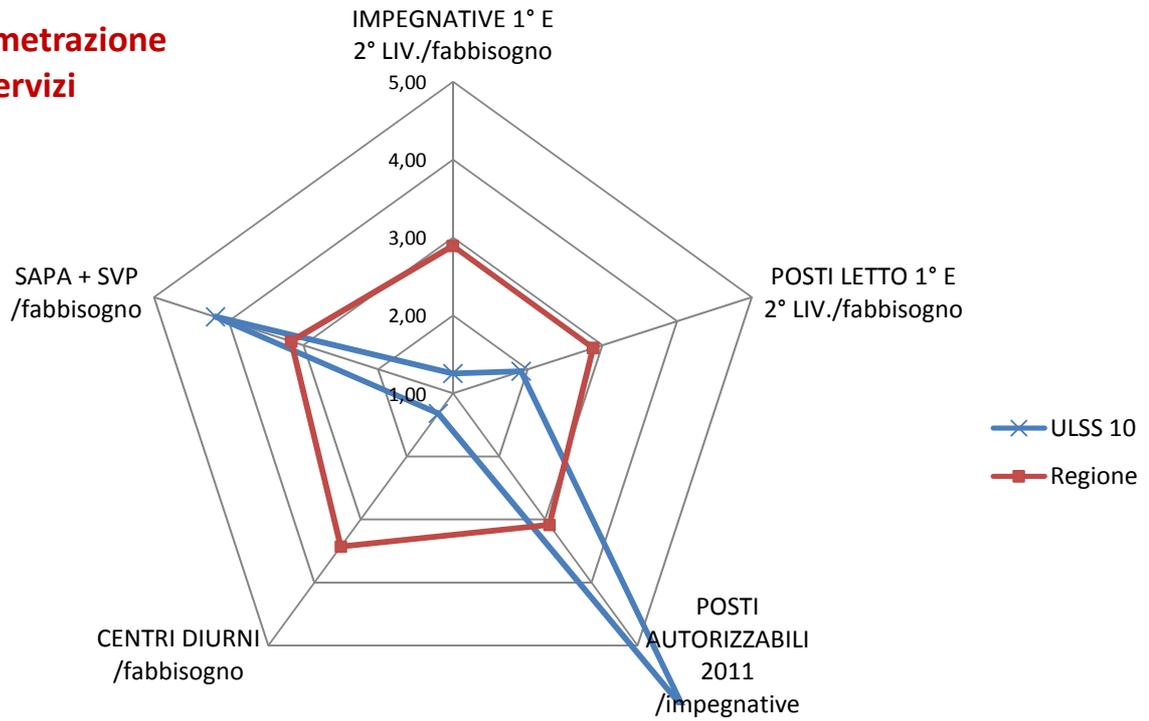


### Finanziamenti e costi

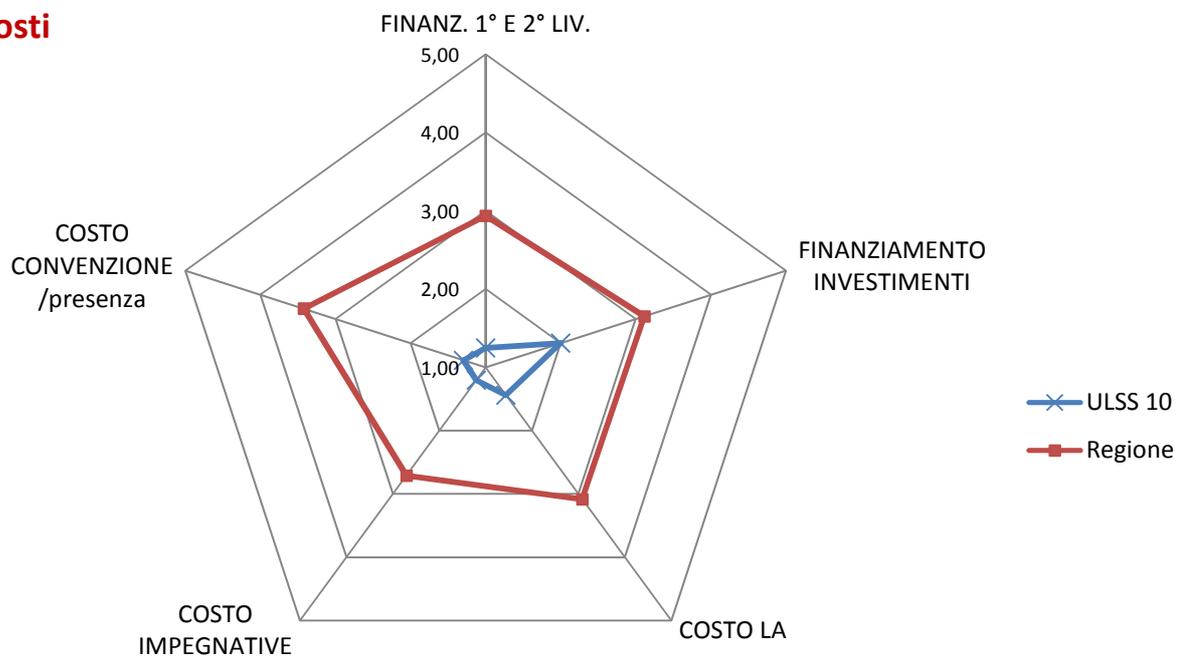


## ULSS 10

### Parametrazione dei servizi

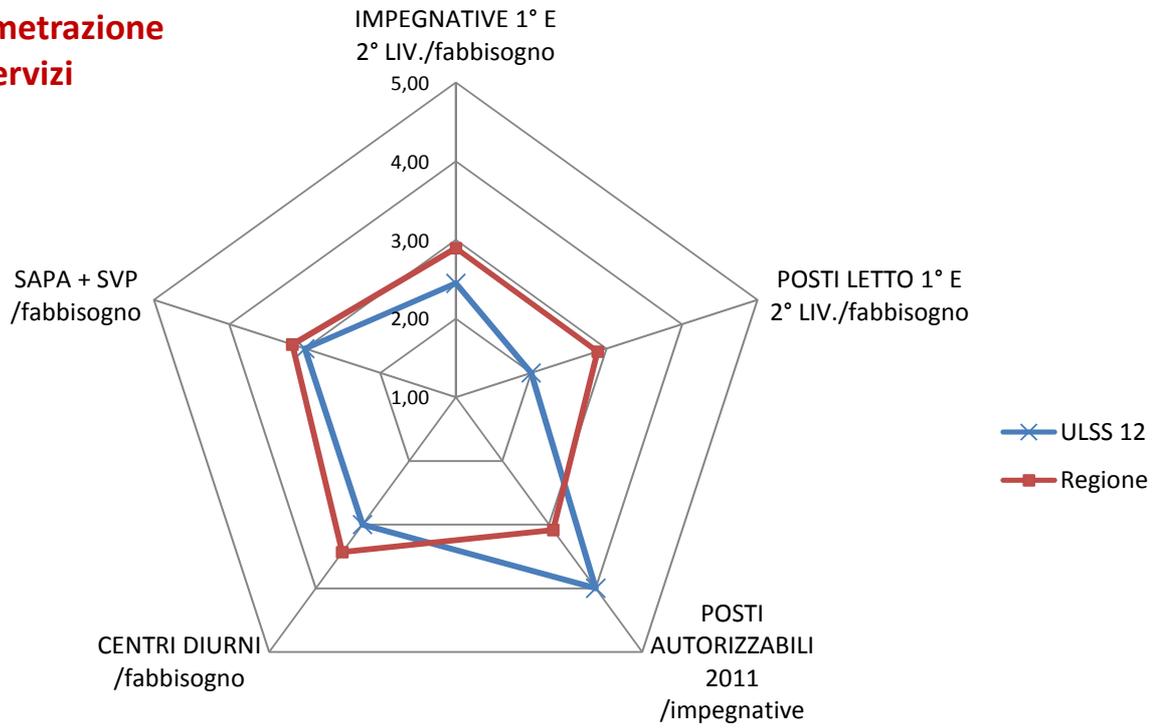


### Finanziamenti e costi

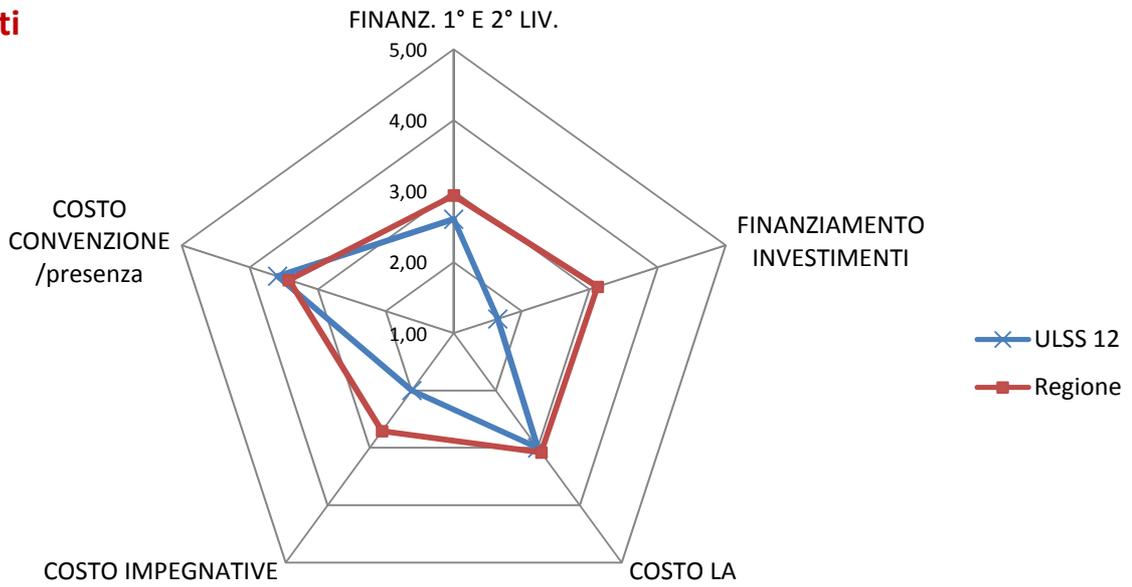


## ULSS 12

### Parametrazione dei servizi

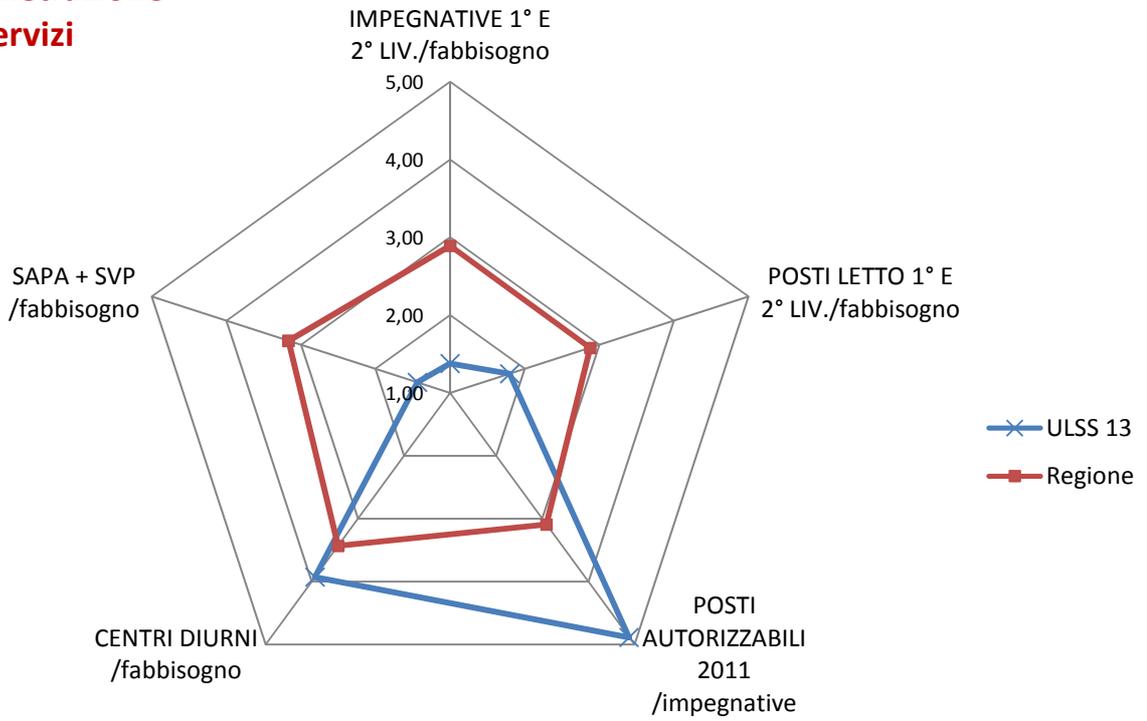


### Finanziamenti e costi

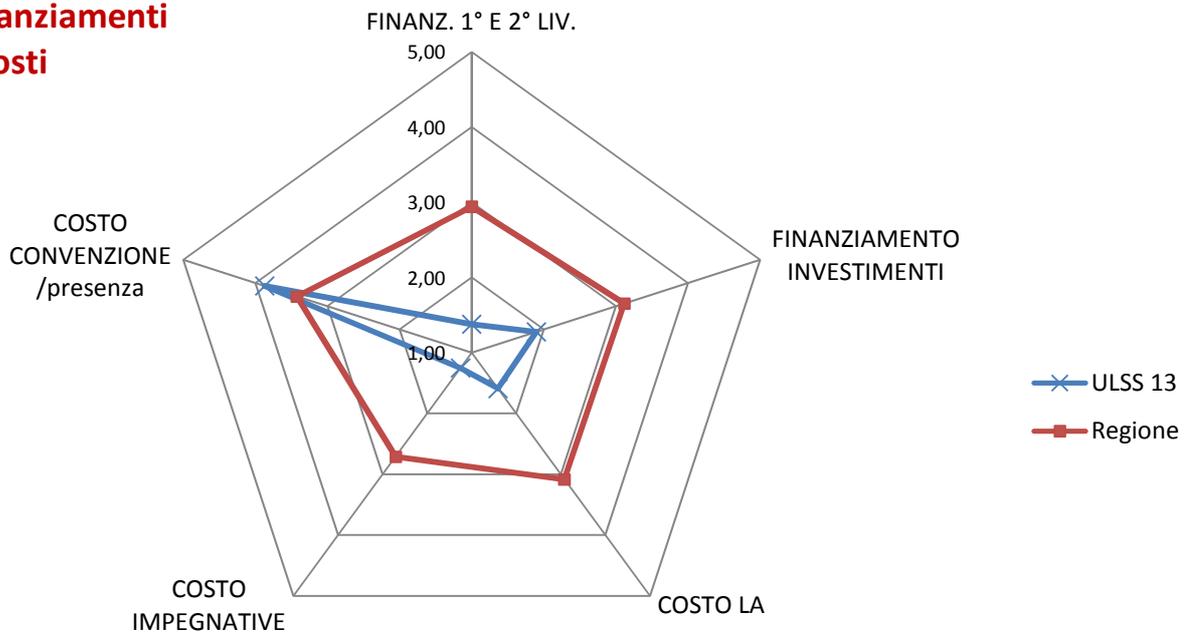


ULSS 13

**Parametrazione  
dei servizi**

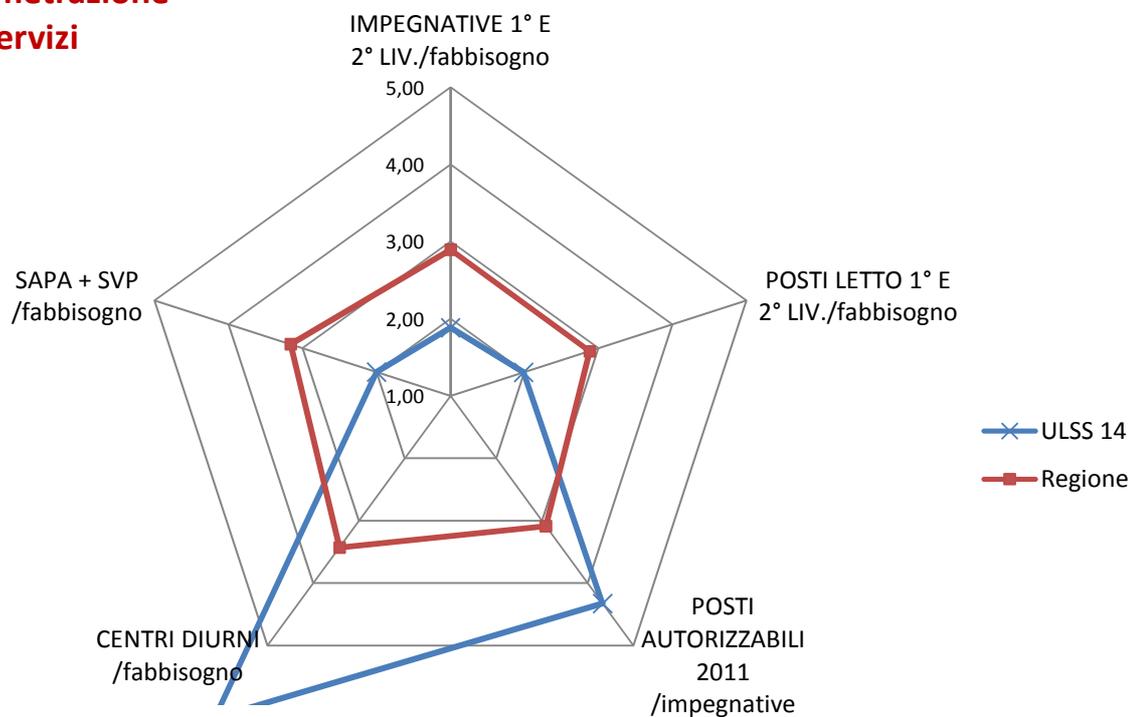


**Finanziamenti  
e costi**

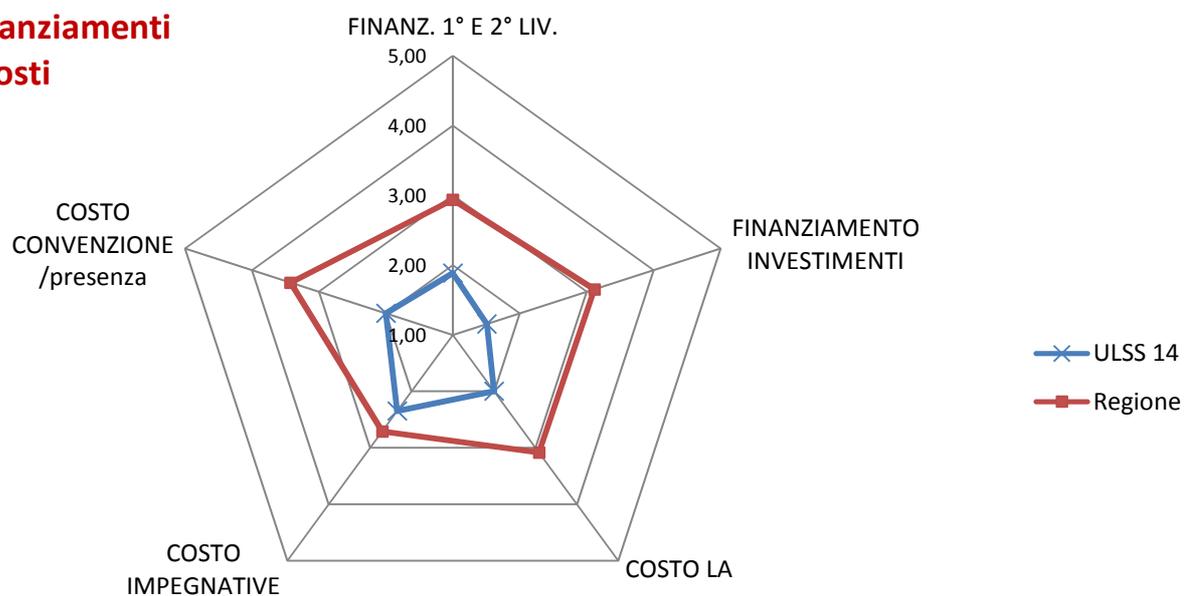


## ULSS 14

### Parametrazione dei servizi

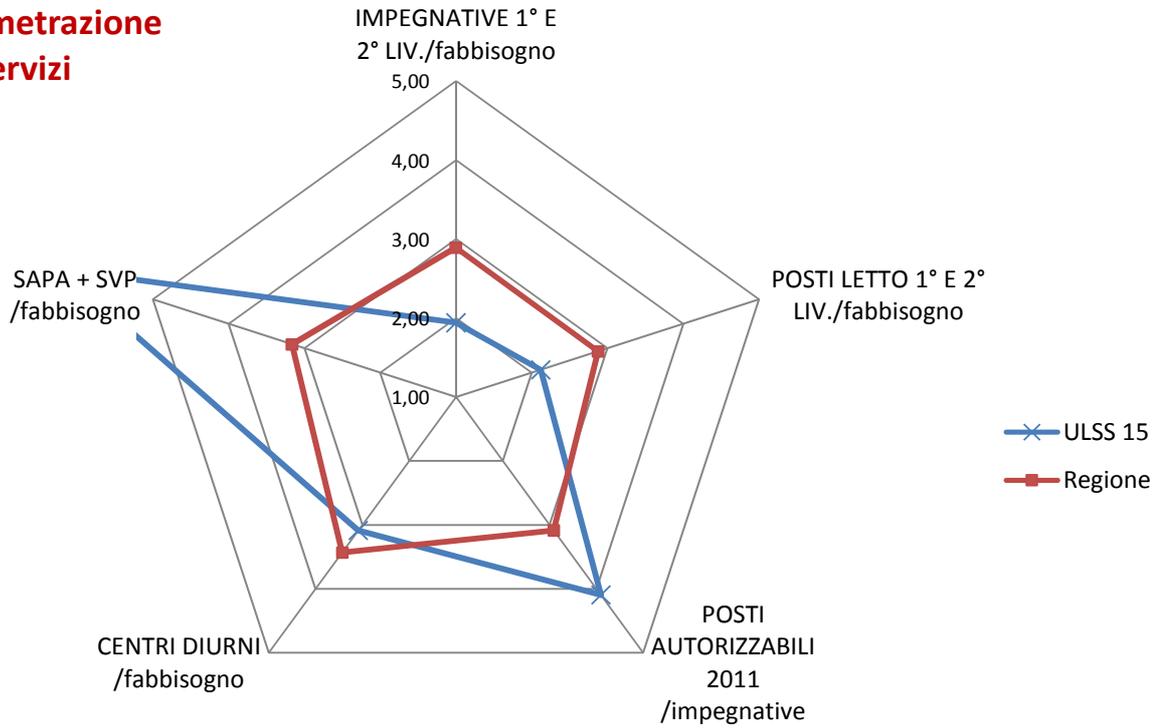


### Finanziamenti e costi

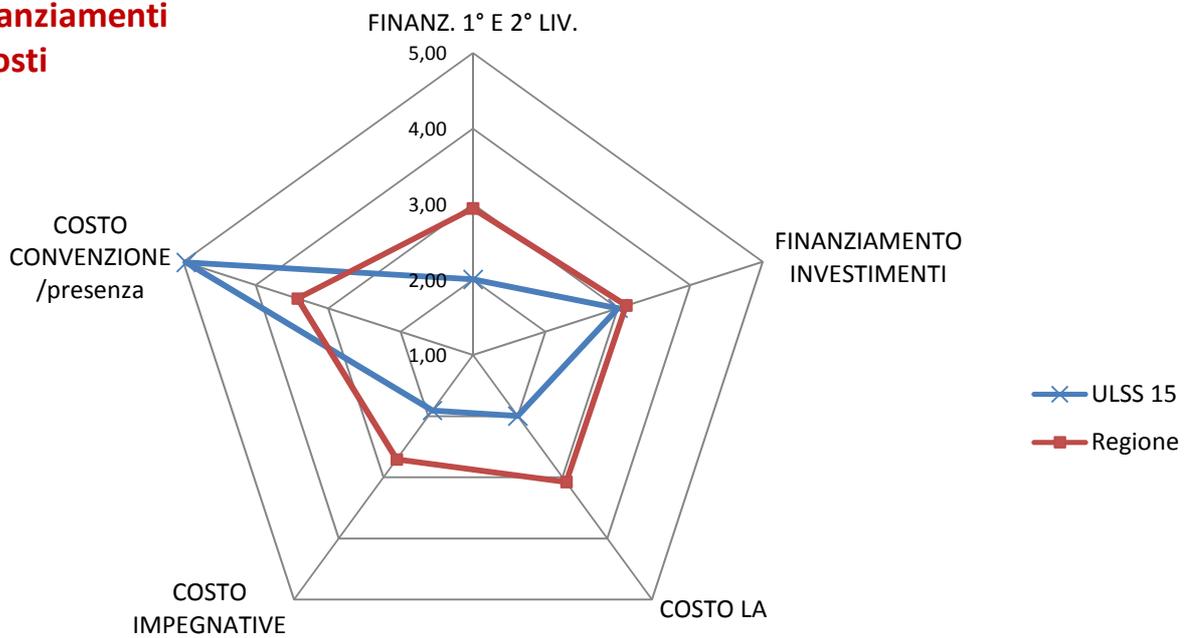


## ULSS 15

### Parametrazione dei servizi

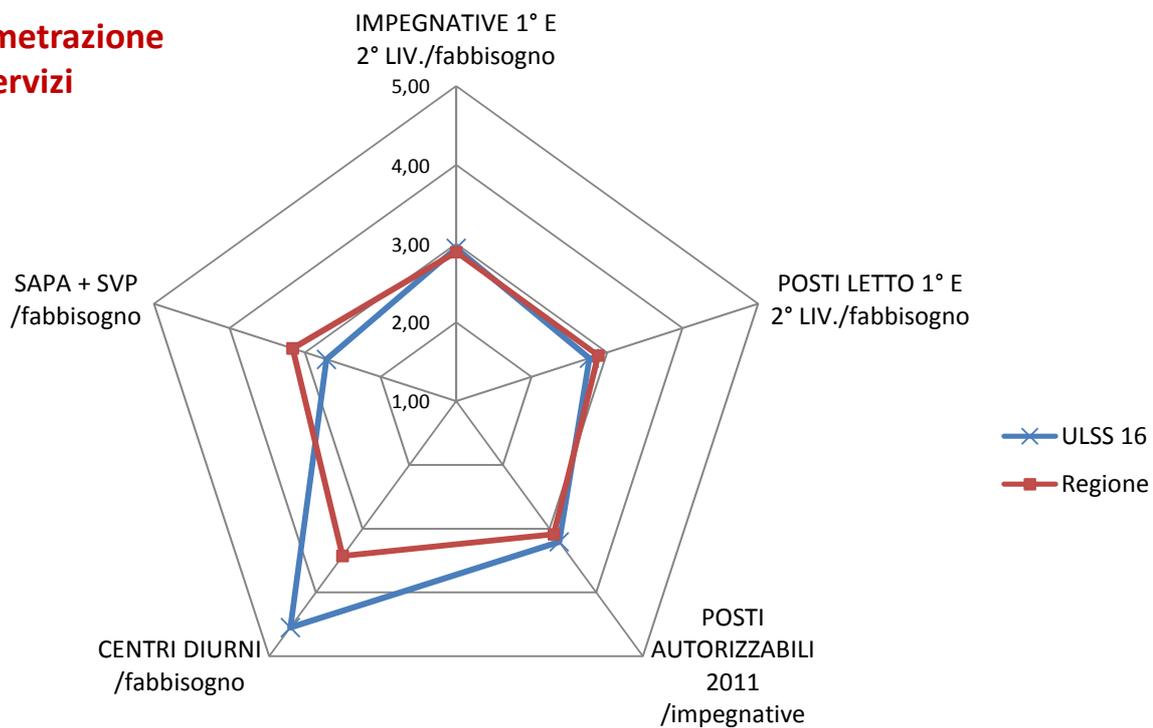


### Finanziamenti e costi

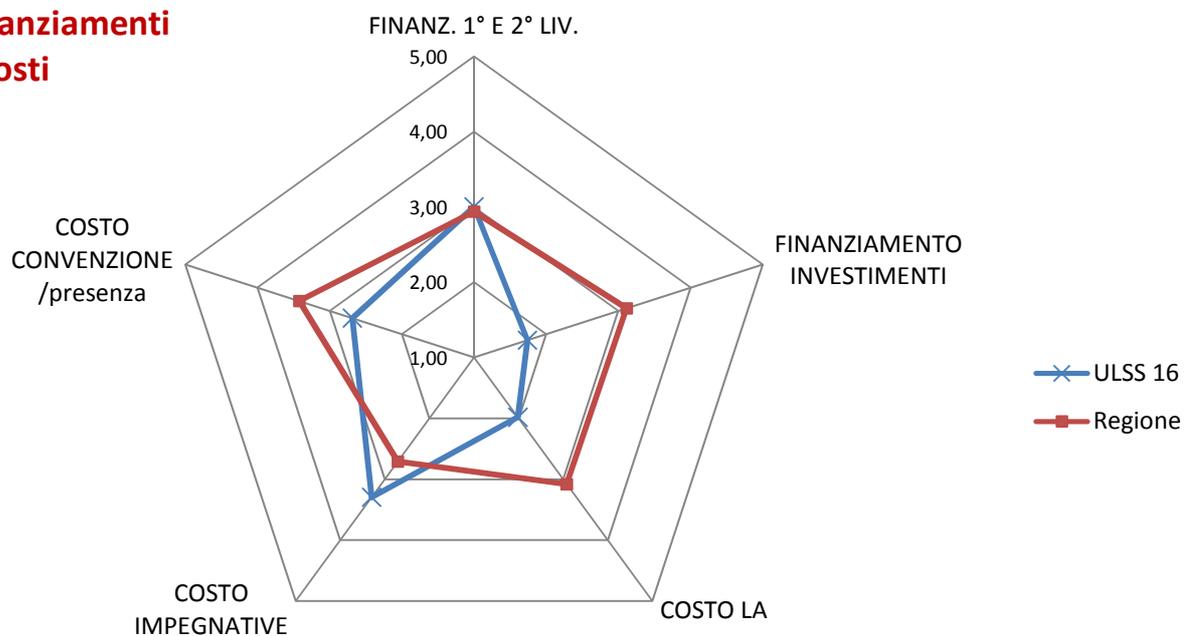


## ULSS 16

### Parametrazione dei servizi

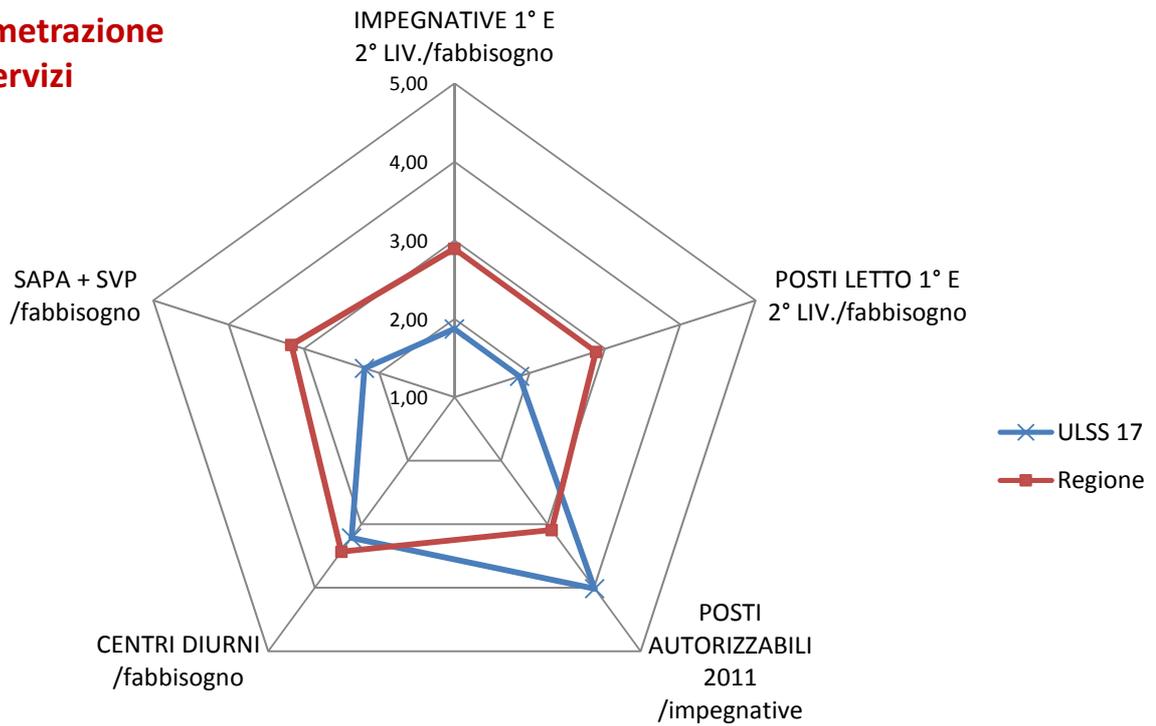


### Finanziamenti e costi

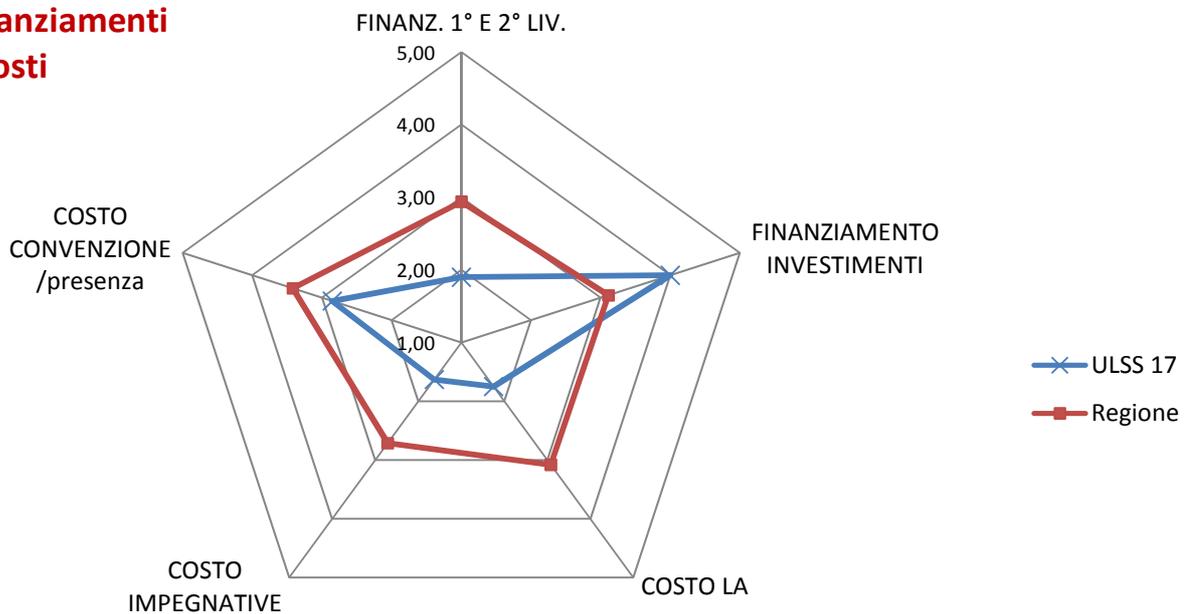


## ULSS 17

### Parametrazione dei servizi

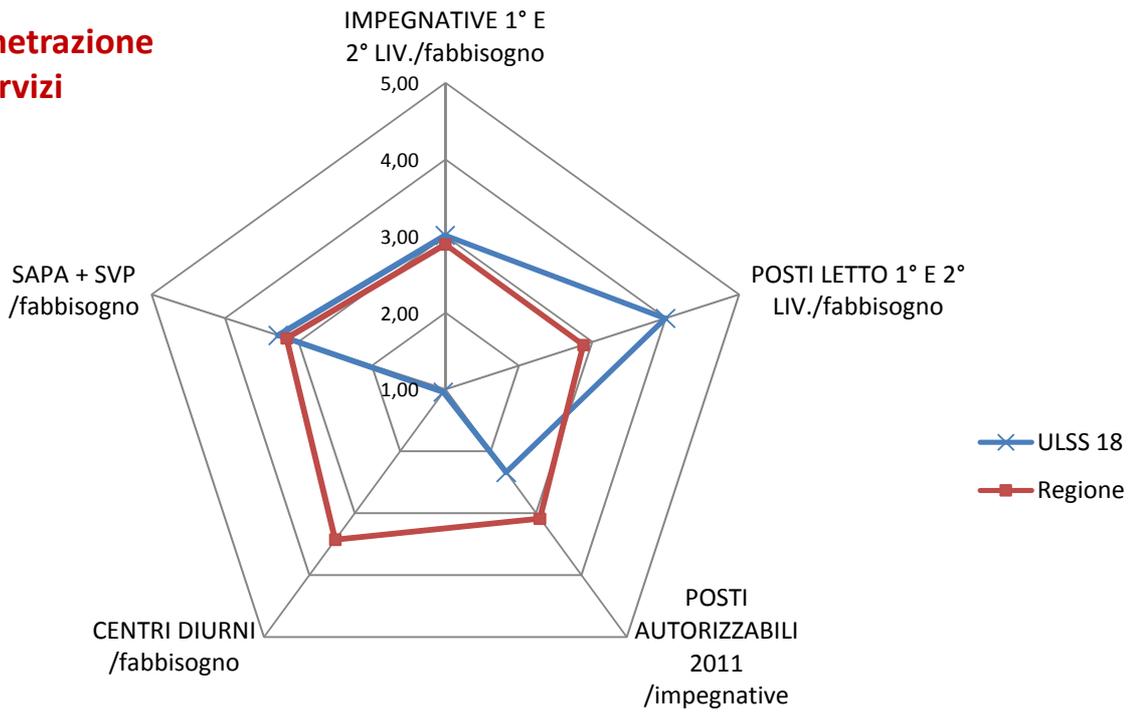


### Finanziamenti e costi

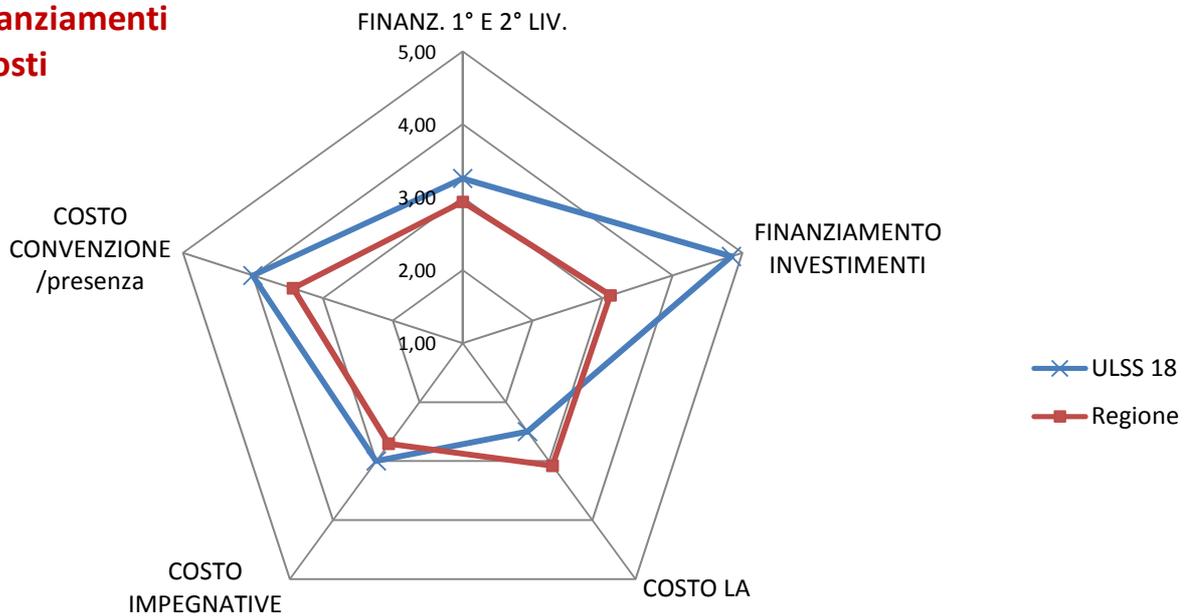


# ULSS 18

## Parametrazione dei servizi

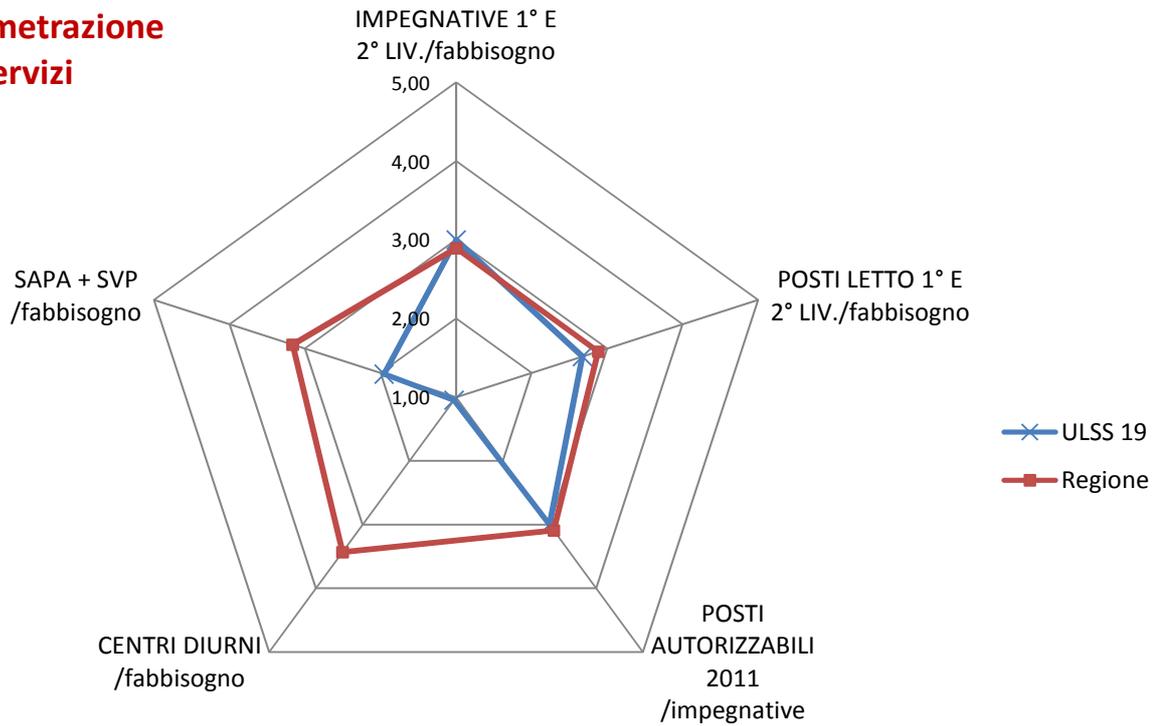


## Finanziamenti e costi

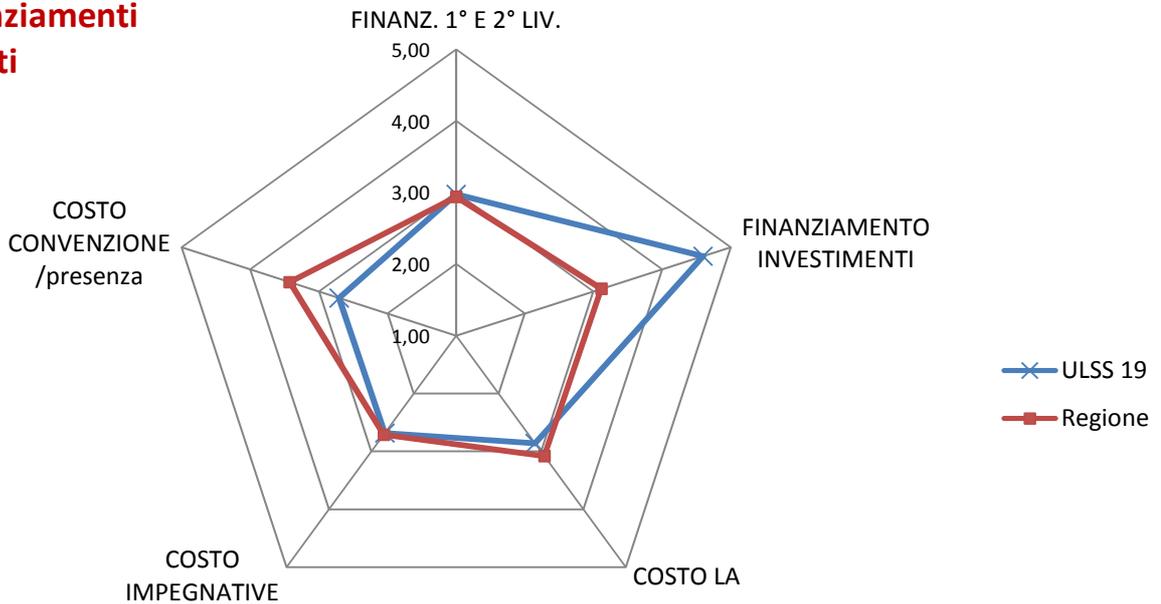


## ULSS 19

### Parametrazione dei servizi

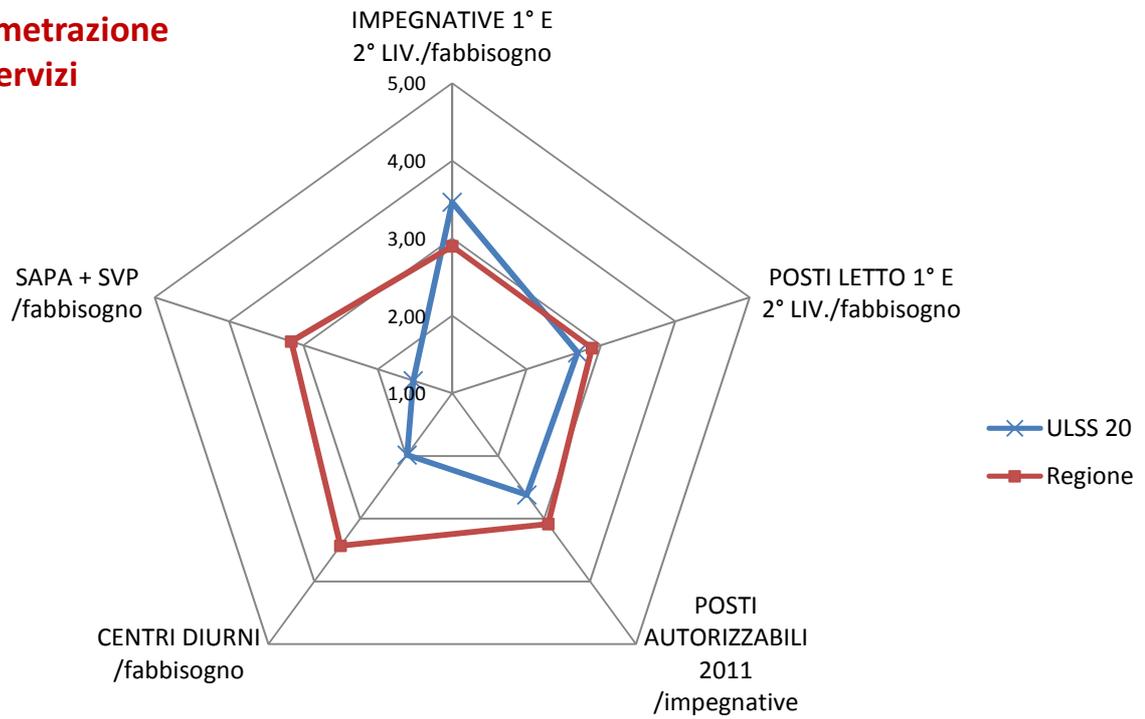


### Finanziamenti e costi

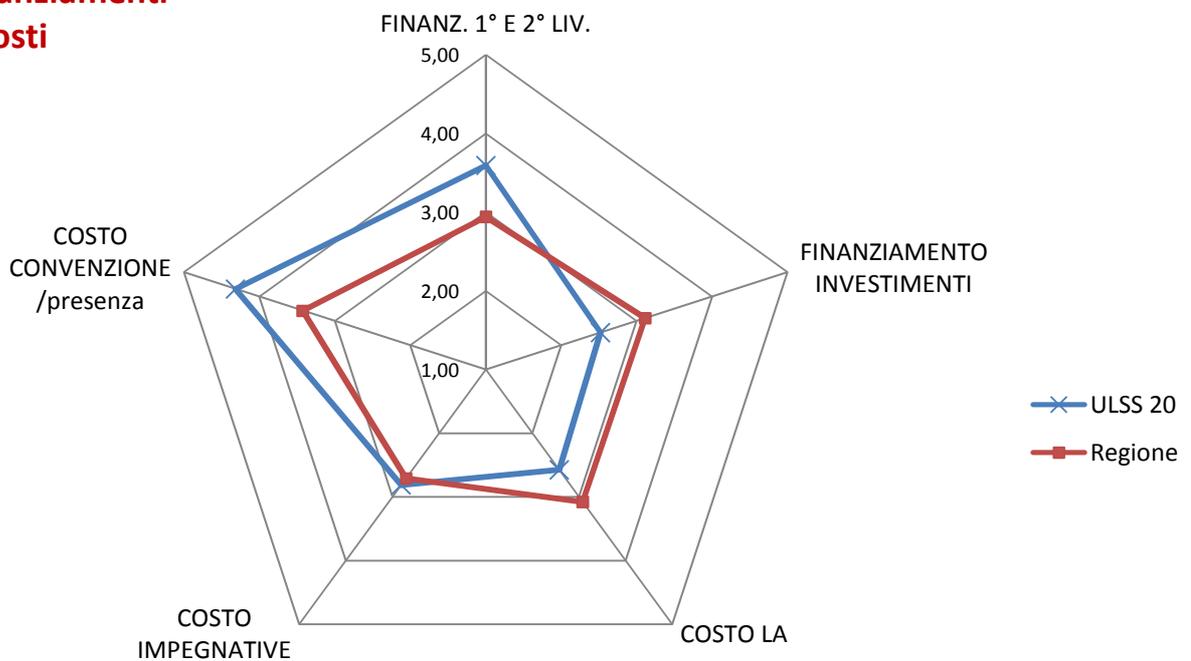


## ULSS 20

### Parametrazione dei servizi

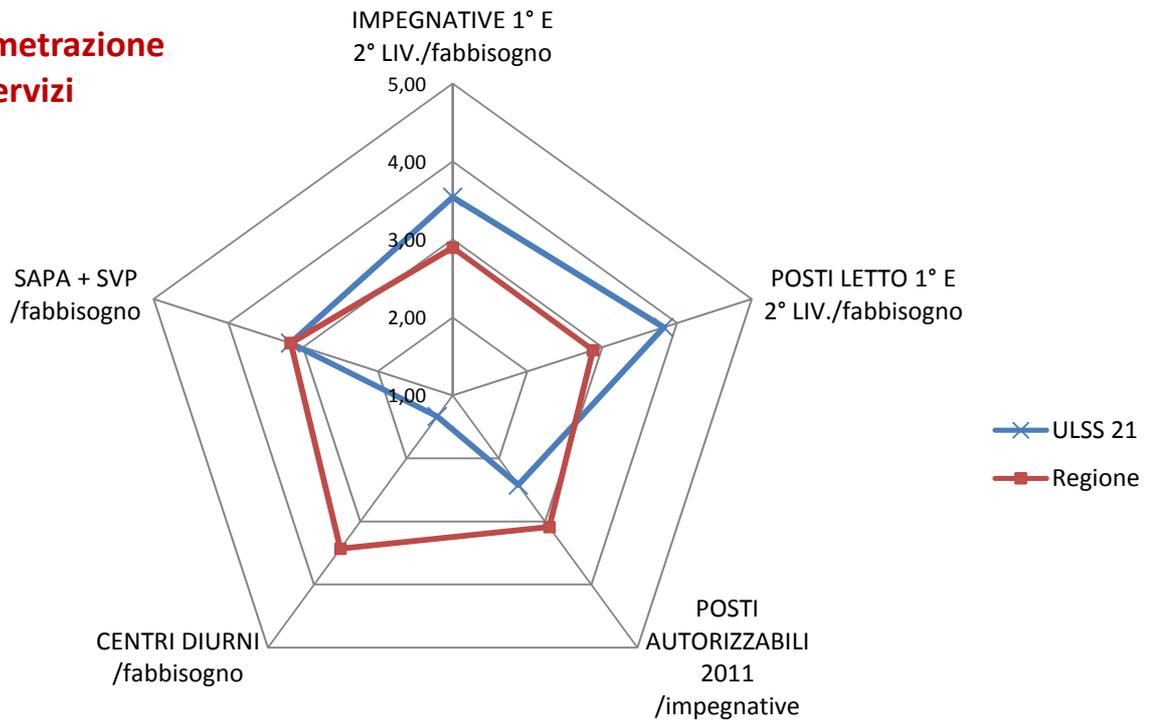


### Finanziamenti e costi

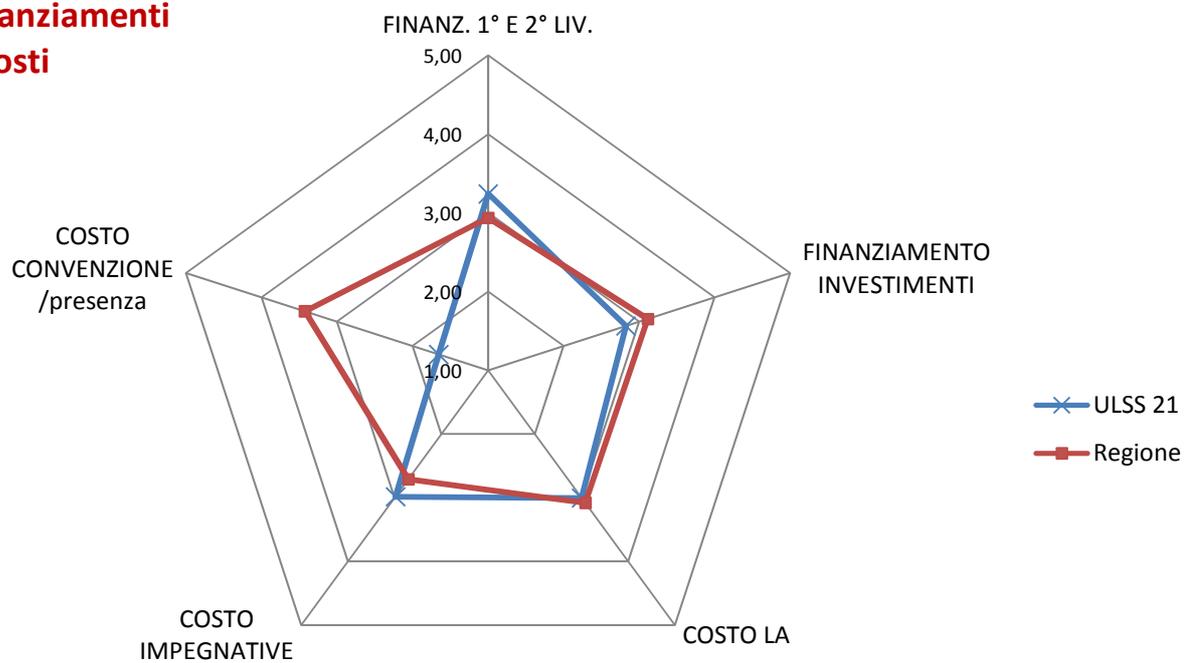


## ULSS 21

### Parametrazione dei servizi

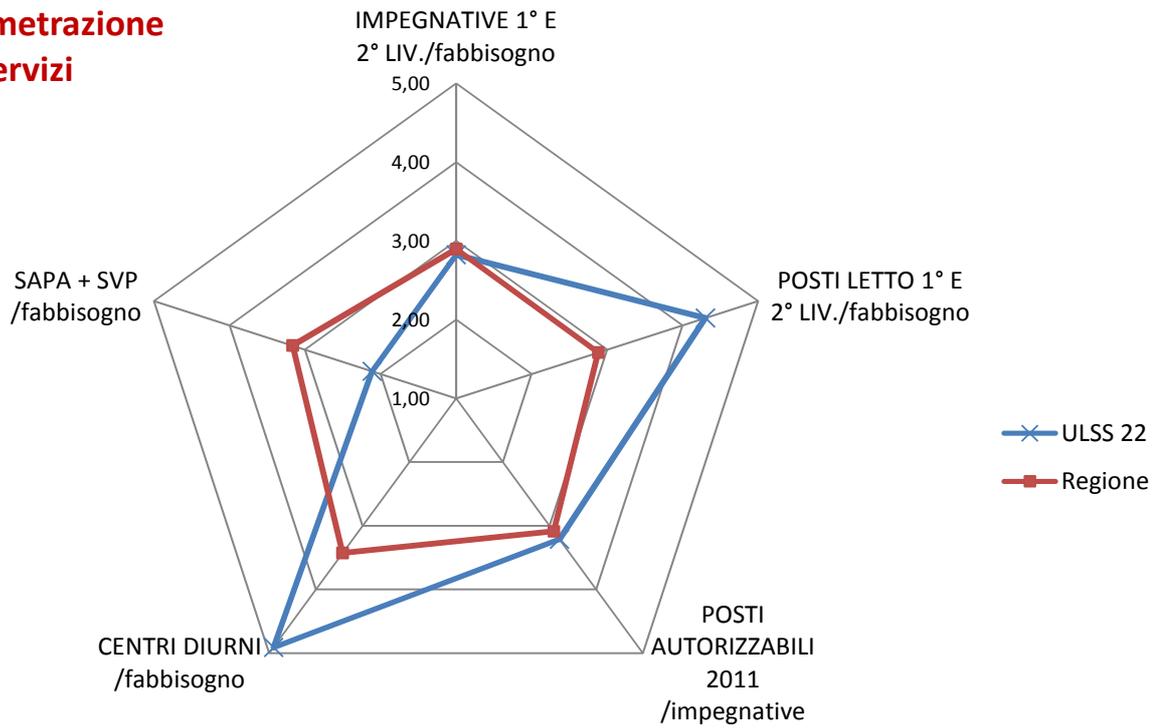


### Finanziamenti e costi

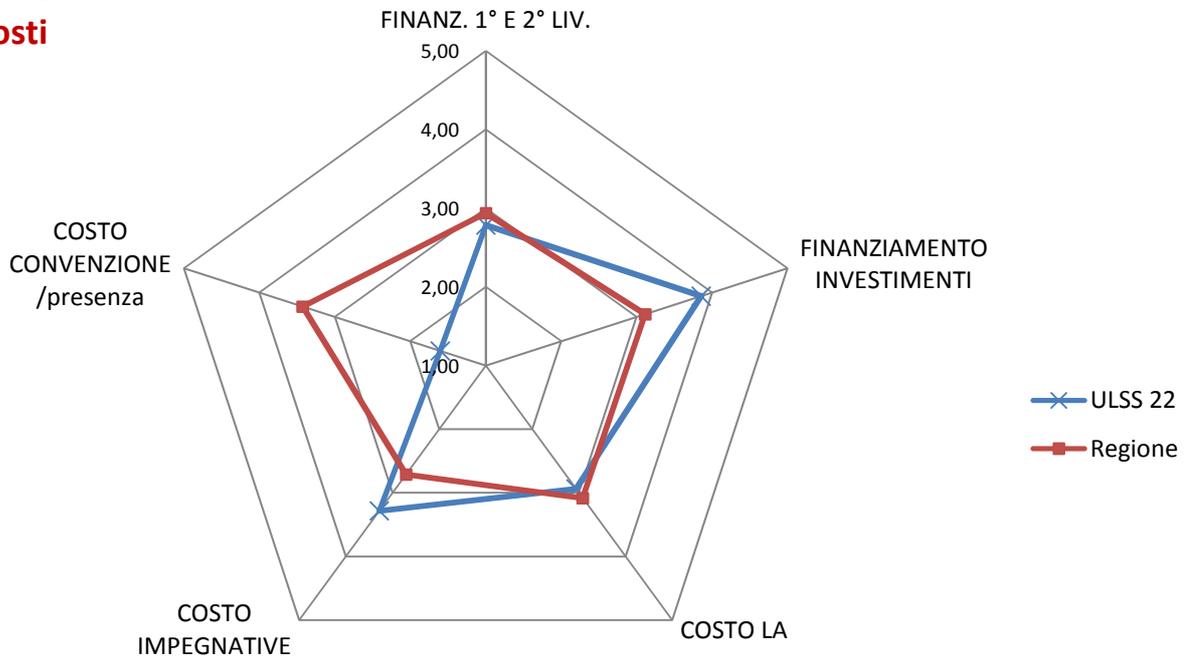


## ULSS 22

### Parametrazione dei servizi



### Finanziamenti e costi



## 3 I servizi per la domiciliarità

In considerazione dell'importanza di mantenere l'anziano nel proprio ambiente familiare e nel proprio contesto abitativo e sociale, e della tendenza diffusa delle famiglie ad accudire in casa le persone in condizione di non autosufficienza, da alcuni anni l'orientamento delle politiche sta assecondando la permanenza della persona anziana al proprio domicilio e sta riservando l'accoglienza residenziale alle persone non altrimenti assistibili, garantendo allo stesso tempo la qualità e l'appropriatezza degli interventi, nonché l'accessibilità e la sostenibilità economica dei servizi.

### 3.1 Le politiche

Le politiche di promozione della domiciliarità si fondano in una visione unitaria dei bisogni e delle esigenze delle persone, in genere anziane. Sono costituite da un insieme di opportunità date ai cittadini e alle famiglie di accedere a interventi di natura sociale, socio-sanitaria e sanitaria, per sostenere la scelta della permanenza a domicilio della persona in condizione di dipendenza assistenziale. Si tratta di un sistema di offerta nel quale l'integrazione tra le diverse componenti si realizza nell'incontro tra diverse responsabilità in cui da una parte le professionalità sociali e sanitarie accompagnano il cittadino nella lettura dei bisogni, nell'orientamento alle risorse accessibili e nell'accompagnamento tutelante durante il percorso evolutivo della situazione di bisogno, e dall'altra il cittadino effettua le sue scelte.

Sotto il profilo istituzionale l'integrazione si fonda sulla messa in rete di risorse economiche, di servizi, di professionalità, di percorsi diagnostici e assistenziali di tipo sanitario e di tipo socio-assistenziale.

L'insieme di politiche di sostegno della domiciliarità si caratterizza nell'offerta ai cittadini anziani e alle loro famiglie di tre aree di intervento, come previsto dalla DGR 39/2006 "Piano locale per a domiciliarità":

- a) interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia: **assistenza domiciliare sociale (SAD)**, **sanitaria** (comprensiva della fornitura di protesi e ausili) e **integrata sociosanitaria (ADI)**, **telesoccorso** e telecontrollo, interventi delle reti solidaristiche della comunità locale.
- b) interventi di sostegno economico: **assegni di cura** e contributi economici alle persone e alle famiglie, differenti a seconda del carico di cura, della tipologia e delle modalità di assistenza fornita, della situazione economica.
- c) interventi di sollievo alla famiglia: centri diurni, ricoveri temporanei, soggiorni climatici ecc., per persone in stato di dipendenza assistenziale.

Presupposto dell'intervento è la presa in carico sociale, che comporta interventi di valutazione, consulenza, orientamento, raccordo con le risorse solidaristiche pubbliche e private del territorio, attivazione di prestazioni proprie (assistenza domiciliare, assistenza economica, ecc ...), indicazioni per l'accesso ad altre risorse (invalidità civile, riconoscimento di handicap in condizione di gravità, ecc ...).

La presa in carico è esercitata dal Servizio Sociale Professionale, la cui funzione appartiene al Servizio sociale dei Comuni (gestito in forma diretta o delegata a Aziende ULSS, Comunità montane o Unioni di

#### *Principali provvedimenti di riferimento*

- DGR 39/2006 "Piano locale per la domiciliarità"
- DGR 2082/2010 "Indicazioni per la presentazione del documento 'Piani di Zona 2011/2015'"
- DGR 4135/2006 "Assegno di cura per persone non autosufficienti. Procedure per l'anno 2007"
- DGR 1722/2004 "Sistema informativo di Distretto Socio sanitario – modulo ADI – approvazione degli standard regionali per l'acquisizione delle informazioni"
- DGR 5273/1998 "Linee guida regionali sull'attivazione delle varie forme di ADI..."

Comuni). Il Servizio sociale professionale esercita la funzione di raccordo degli interventi e delle risorse sociali, socio sanitarie e assistenziali attivabili nella definizione del progetto individualizzato. Per orientare il percorso della nostra analisi – che riguarda, in questo contesto, i servizi domiciliari alle persone non autosufficienti – il Grafico 16 illustra la distinzione delle attività di assistenza domiciliare tra gli **interventi che sono finanziati dal Fondo regionale per la non autosufficienza** e le **prestazioni sanitarie nell’ambito dell’ADI** che, ai sensi dell’articolo 4 della LR 30/2009, non sono a carico del FRNA e sono perciò finanziate dal Fondo sanitario indistinto per l’attività distrettuale.

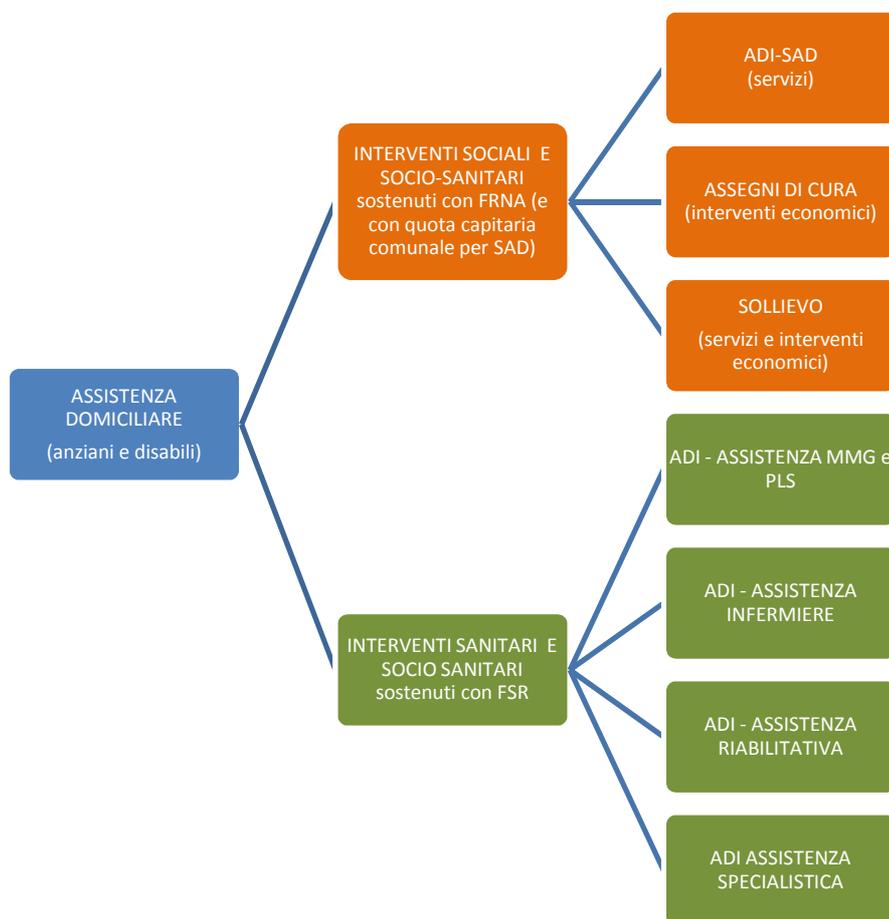


Grafico 16 – Visione d’insieme dei servizi di Assistenza domiciliare. DGR 39/2006 e DGR 5273/1998.

### 3.1.1 Gli interventi sociali e socio-sanitari (FRNA)

L’insieme di politiche di sostegno della domiciliarità sostenute con il FRNA si suddividono nei tre ambiti visti in premessa:

- a) interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia: **assistenza domiciliare sociale (ADI-SAD)**.
- b) interventi di sostegno economico: **assegni di cura (ADC)**.
- c) interventi di **sollievo** alla famiglia.

### 3.1.2 Gli interventi sanitari e socio sanitari (FSR)

Nell’ambito degli interventi erogati a domicilio, l’intera gamma dei servizi di assistenza domiciliare sanitaria e integrata socio-sanitaria è stata disciplinata dalla DGR 5273/1998 “Linee guida regionali sull’attivazione delle varie forme di ADI ...”, che ne ha dato la seguente definizione: «Per assistenza domiciliare integrata deve intendersi un modulo assistenziale che attraverso l’intervento di più figure professionali sanitarie e

sociali realizza a domicilio del paziente, **di qualsiasi età**, un progetto assistenziale unitario limitato o continuativo nel tempo».

Il provvedimento ha individuato sei tipologie di assistenza erogabile a domicilio, di cui cinque a valenza integrata, che sono così state classificate:

1. Assistenza domiciliare socio-assistenziale (cfr. § 3.1.1);
2. Assistenza domiciliare riabilitativa domiciliare integrata con intervento sociale (ADI con profilo A);
3. Assistenza domiciliare infermieristica con intervento sociale (ADI con profilo B);
4. Assistenza domiciliare programmata integrata con intervento sociale (ADI con profilo C);
5. Assistenza domiciliare integrata ADIMED (ADI con profilo D);
6. Assistenza ospedaliera a domicilio ADI-HR (ADI con profilo E).

Specifiche tipologie sono state ulteriormente disciplinate dalla DGR 2634/1999 (Nutrizione artificiale domiciliare) e dalla DGR 2989/2000 (cure palliative) e dalla DGR 1384/2004 (assistenza domiciliare ventilatoria). L'ADI viene considerata nella sua unitarietà (apporto sanitario e apporto sociale) quale modalità assistenziale in cui diverse figure professionali sanitarie e sociali concorrono presso il domicilio della persona alla realizzazione del progetto individuale di assistenza (approvato dalla UVMD a seguito di valutazione SVAMA).

## 3.2 Dati di trend 2001-2010

In questo paragrafo ci limitiamo ad esaminare il trend dei dati di produzione dei servizi riferiti agli interventi di tipo sociale (ADI-SAD, Assegno di cura, Sollievo). Poiché il datawarehouse regionale della domiciliarità non è stato correttamente alimentato da alcune ULSS, non ci è stato possibile estrarre dati di produzione che permettessero di ricavare trend regionali significativi e dati di confronto tra Aziende.

I dati riportati, inoltre, non separano gli utenti per classi di età. Non è stato perciò possibile distinguere gli utenti anziani dalla totalità degli utenti, che possono includere persone con disabilità e persone con altre patologie invalidanti di età inferiore a 65 anni. Abbiamo perciò scelto di indicare i numeri nella loro interezza.

### 3.2.1 I servizi



Vediamo innanzitutto i trend dei dati di produzione dei servizi.

#### 3.2.1.1 ADI-SAD. Servizi di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale

Si tratta di servizi di carattere socio-assistenziale in senso stretto, **di competenza istituzionale e finanziaria dell'Ente Locale** (con possibilità di delega all'ULSS secondo il contenuto del Piano di Zona) di natura assistenziale non collegati a condizioni patologiche e prepatologiche a rischio di alterazione permanente sia fisica che psichica, con destinatari in genere non abbienti. Questi servizi sono finalizzati alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel contesto di relazione. Vengono anche forniti servizi di sostegno al *caregiver* (supporto educativo, ecc).

Le prestazioni che si erogano sono fornite direttamente dal Comune (salvo la delega all'Azienda ULSS) ed in genere comprendono: fornitura pasti, aiuto domestico, trasporto, sostegno psico-sociale e di risocializzazione.

Il trend degli utenti di questi servizi è stato ricavato da alcuni dei provvedimenti della Giunta regionale che ne hanno definito il riparto nel corso dell'ultimo decennio, e che sono indicati nella Tabella 60.

ULSS / anno	2004	2005	2006	2008	2009	Δ 2004-2009
1	417	378	532	530	607	46%
2	876	860	858	800	843	-4%

3	247	255	263	289	331	34%
4	1.269	1.655	1.200	946	792	-38%
5	289	343	392	474	469	62%
6	545	617	771	818	724	33%
7	683	633	535	628	666	-2%
8	880	730	849	944	1.030	17%
9	755	761	697	623	717	-5%
10	1.544	1.523	1.472	1.515	1.412	-9%
12	624	628	652	649	592	-5%
13	418	449	438	572	593	42%
14	298	321	287	204	220	-26%
15	337	445	436	405	503	49%
16	873	838	807	818	757	-13%
17	670	631	742	611	597	-11%
18	460	499	532	486	429	-7%
19	385	212	259	293	416	8%
20	1.321	2.020	1.798	2.060	2.111	60%
21	432	466	451	580	1.165	170%
22	949	915	921	840	834	-12%
<b>TOTALE</b>	<b>14.272</b>	<b>15.179</b>	<b>14.892</b>	<b>15.085</b>	<b>15.808</b>	<b>11%</b>
Fonte (DGR)	3573/2005	1427/2007	1921/2008	4311/2009	3562/2010	

Tabella 60 – Trend del numero degli utenti (compresi disabili) ADI-SAD. 2004-2010. Fonte: elaborazione ARSS su dati contenuti nella DGR citate in ultima riga.

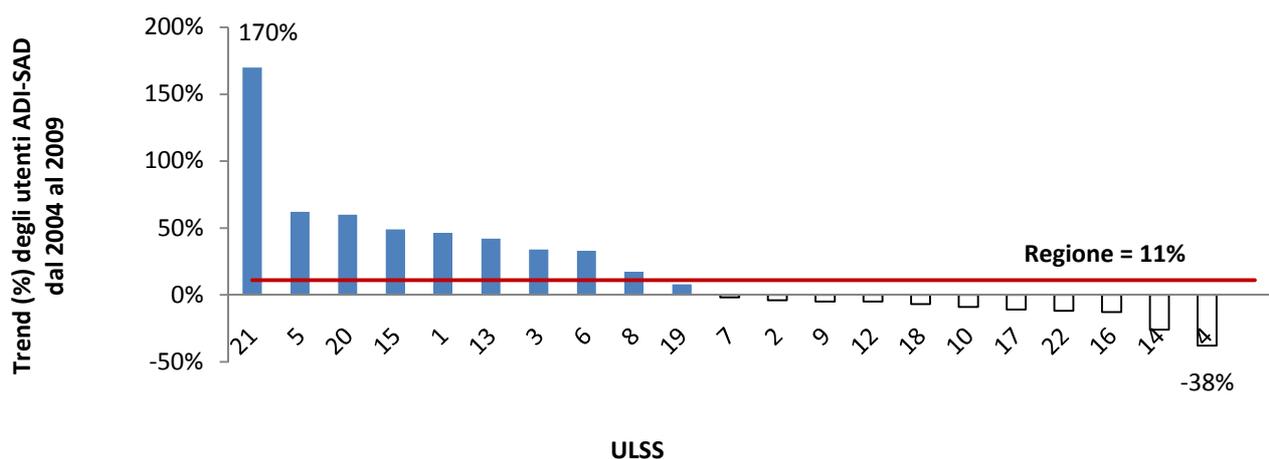


Grafico 17 – Variazione percentuale per ULSS degli utenti ADI-SAD dal 2004 al 2009.

La Tabella 61 illustra il trend degli operatori assistenziali equivalenti rilevati nell'ambito dei servizi ADI-SAD nel medesimo periodo.

ULSS / anno	2004	2005	2006	2008	2009	Δ 2004-2009
1	41,01	40,59	42,29	41,44	45,01	10%
2	35,10	36,81	39,63	41,66	47,38	35%
3	43,93	43,27	44,14	46,36	52,57	20%
4	64,25	62,41	59,13	63,23	62,38	-3%
5	39,18	40,73	41,54	53,56	52,34	34%
6	60,63	60,50	58,55	58,88	55,58	-8%
7	40,83	41,02	40,26	38,38	11,50	-72%
8	71,30	70,19	72,01	70,03	64,38	-10%
9	106,78	107,86	107,81	99,62	91,39	-14%
10	86,94	94,27	106,83	104,64	103,64	19%

12	279,78	271,86	296,26	289,82	257,20	-8%
13	70,89	69,55	66,55	61,85	58,63	-17%
14	36,61	37,14	35,28	37,05	68,86	88%
15	65,09	65,33	70,52	69,42	74,55	15%
16	74,53	85,43	92,19	92,11	64,00	-14%
17	52,99	52,02	52,40	52,94	52,74	0%
18	41,71	42,30	40,74	38,58	35,61	-15%
19	8,69	8,69	9,19	9,19	9,39	8%
20	234,45	240,50	272,26	297,15	295,31	26%
21	34,40	33,73	33,00	32,72	35,02	2%
22	66,19	68,47	67,38	70,65	70,22	6%
<b>TOTALE</b>	<b>1.555,28</b>	<b>1.572,67</b>	<b>1.647,96</b>	<b>1.669,26</b>	<b>1.607,70</b>	<b>3%</b>
Fonte (DGR)	3573/2005	1427/2007	1921/2008	4311/2009	3562/2010	

Tabella 61 – Trend operatori assistenziali equivalenti nei servizi ADI-SAD. 2004-2010. Fonte: elaborazione ARSS su dati contenuti nella DGR citate in ultima riga

Da ultimo, la Tabella 62 riporta il trend degli assistenti sociali equivalenti impiegati.

ULSS / anno	2004	2005	2006	2008	2009	Δ 2004-2009
1	9,40	8,73	10,53	10,24	11,02	17%
2	11,50	14,00	17,07	15,50	17,10	49%
3	8,95	8,60	8,01	8,42	11,40	27%
4	13,41	12,72	14,96	14,05	12,26	-9%
5	6,53	6,37	6,59	7,78	6,66	2%
6	20,39	23,53	24,21	13,57	24,21	19%
7	13,04	12,99	12,64	11,81	41,28	217%
8	16,23	17,97	18,29	19,07	11,23	-31%
9	25,24	25,06	27,23	21,44	18,40	-27%
10	16,98	17,70	18,07	50,38	18,70	10%
12	30,32	30,38	34,07	29,00	25,33	-16%
13	10,76	10,91	12,65	11,76	10,03	-7%
14	5,83	5,73	6,90	6,91	8,29	42%
15	12,40	12,45	12,40	13,56	13,56	9%
16	23,08	22,54	27,46	28,57	28,20	22%
17	16,63	17,51	12,38	10,78	9,51	-43%
18	9,37	10,14	9,86	9,56	10,00	7%
19	2,47	2,47	3,47	3,47	3,07	24%
20	48,84	45,54	56,95	57,29	58,36	19%
21	11,50	8,83	10,16	10,00	7,54	-34%
22	10,11	10,20	11,64	12,09	6,63	-34%
<b>TOTALE</b>	<b>322,98</b>	<b>324,37</b>	<b>355,55</b>	<b>365,26</b>	<b>352,78</b>	<b>9%</b>
Fonte (DGR)	3573/2005	1427/2007	1921/2008	4311/2009	3562/2010	

Tabella 62 – Trend assistenti sociali nei servizi ADI-SAD. 2004-2010. Fonte: elaborazione ARSS su dati contenuti nella DGR citate in ultima riga

### 3.2.1.2 Assegno di cura (ADC)

A partire dal 1° gennaio 2007 (ai sensi della DGR 4135/2006) l'Assegno di cura (ADC) è lo strumento unitario di sostegno economico alle persone prive di autonomia assistite in famiglia, e alle loro famiglie. Può raggiungere un massimo di 520,00€ mensili (indicizzato al costo della vita dal 2007) e riunisce i precedenti interventi economici (pur mantenendo una differenziazione nella determinazione dell'assegno che tiene conto della presenza di Alzheimer e dell'ausilio di assistenti familiari):

1. a sostegno delle famiglie che assistono congiunti affetti da malattia di **Alzheimer** o altre gravi demenze (LR 5/2001, art. 40)
2. per le famiglie che si fanno in carico di assistere a casa persone non autosufficienti ricorrendo all'aiuto di assistenti familiari (**Badanti**) (DGR 2907/2002)
3. contributo ex **LR 28/1991**, riconosciuto tramite i comuni e complementare al servizio domiciliare al centro diurno.

Fino all'introduzione dell'ADC, le procedure di gestione degli interventi "LR 28/1991" e "Badanti" erano effettuate direttamente dai comuni, ai quali era direttamente assegnato il contributo regionale.

Non è stato possibile, perciò recuperare i dati numerici relativi agli utenti del beneficio, ad eccezione dei beneficiari del contributo "Alzheimer", per i quali la seguente tabella ricostruisce il trend degli ultimi tre anni di riparto (2004-2005-2006) che hanno preceduto l'ADC. Il dato viene confrontato con i beneficiari del contributo Alzheimer nell'ambito dell'ADC nel 2009.

La Tabella 63 illustra l'incremento degli utenti beneficiari degli interventi economici dal 2006 al 2010 con malattia di Alzheimer o altre gravi demenze assistiti a domicilio a seguito dell'introduzione dell'Assegno di cura.

ULSS	Alzheimer 2004	Alzheimer 2005	Alzheimer 2006	Alzheimer 2009	$\Delta$ 2006-2009
1	52	55	55	88	60%
2	39	45	50	67	33%
3	50	70	80	148	84%
4	31	45	50	105	111%
5	55	70	70	166	137%
6	90	120	120	248	107%
7	77	80	90	248	175%
8	87	90	95	297	213%
9	112	120	120	383	219%
10	82	90	100	390	290%
12	142	150	150	403	168%
13	73	100	110	346	215%
14	47	60	70	101	44%
15	64	90	90	292	224%
16	147	150	160	475	197%
17	63	80	85	63	-26%
18	76	80	85	340	300%
19	30	35	40	183	357%
20	168	175	175	299	71%
21	53	65	75	248	231%
22	75	90	95	217	129%
<b>Totale</b>	<b>1.613</b>	<b>1.860</b>	<b>1.965</b>	<b>5.105</b>	<b>160%</b>

Tabella 63 – Trend del numero dei percettori del contributo economico per sostegno domiciliare in presenza di malattia di Alzheimer.

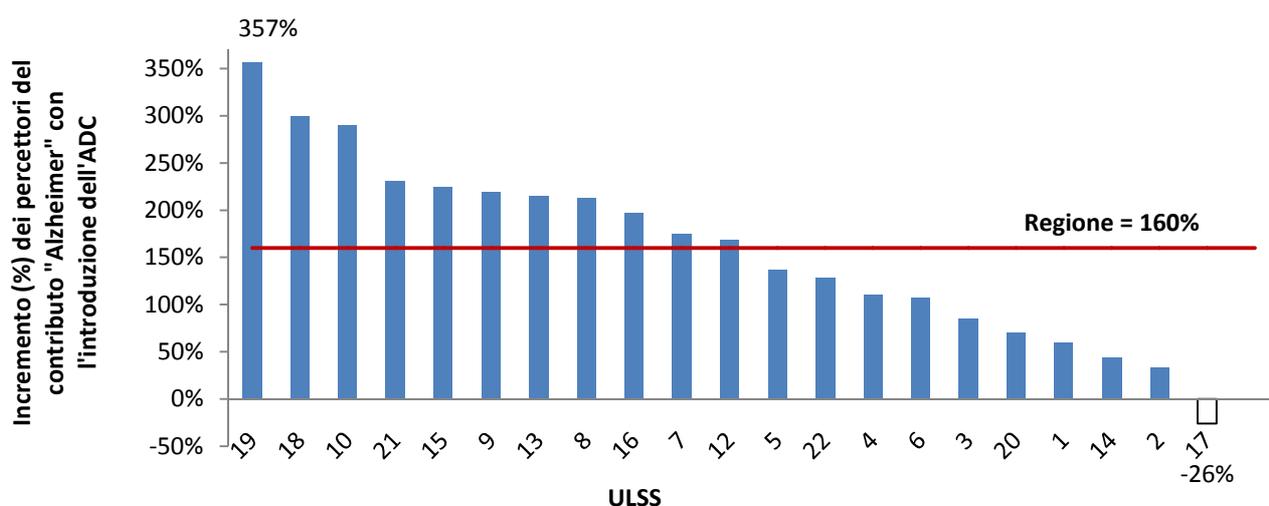


Grafico 18 – Variazione percentuale per ULSS dal 2006 al 2009 dei percettori del contributo economico "Alzheimer". Elaborazione ARSS su DGR

### 3.2.1.3 Il sollievo

Con la DGR 3960/2001 la Giunta regionale ha dato avvio ad un percorso sperimentale finalizzato all'introduzione nel Veneto di particolari forme di sostegno a favore delle famiglie impegnate nell'assistenza in casa di persone (anziane o disabili) in condizione di non autosufficienza. Tali formule, qualificate come "buono servizio" e "buono sollievo" consentono alle famiglie di ricorrere a ricoveri temporanei dal proprio congiunto assistito ovvero di fruire di servizi integrativi rispetto a quelli garantiti dal sistema assistenziale della domiciliarità.

Questa tipologia di intervento, che nasceva con la *ratio* di rispondere con tempestività a bisogni urgenti, viene oggi realizzata in modo diverso da Azienda ad Azienda.

Data la disomogeneità di dati non è stato possibile recuperare dati di trend di utenti e servizi

### 3.2.2 Il finanziamento



La DGR 39/2006 (Allegato A, § 11) rileva che le risorse finanziarie regionali confluite nel fondo per la domiciliarità sono state ripartite negli ultimi anni nella seguente misura: 65% contributi economici alle famiglie (LR 28, badanti, Alzheimer – oggi ADC), 10% progetti di sollievo e 25% contributi ai Comuni per le prestazioni ADI.

Il medesimo provvedimento ha definito nuovi criteri di riparto delle risorse economiche regionali provenienti dal fondo per la domiciliarità trasferite agli enti che partecipano alla realizzazione dello stesso Piano locale della domiciliarità (PLD, oggi Piano di Zona), nel rispetto dei seguenti vincoli:

- almeno il 20% è destinato agli interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia (SAD e ADI);
- almeno lo 0,5% è destinato alla collaborazione delle reti solidaristiche della comunità locale;
- almeno il 45% è destinato agli interventi di sostegno economico (Assegno di cura e interventi straordinari e temporanei a fronte di situazioni di emergenza);
- almeno il 7% è destinato agli interventi di sollievo alla famiglia;
- almeno lo 0,5% è destinato alle progettualità sperimentali;
- almeno l'1% all'aggiornamento alla formazione continua degli operatori;
- la restante disponibilità va destinata alla salvaguardia degli attuali livelli di servizio e al rafforzamento del sistema della domiciliarità.

Il PLD precisa inoltre le risorse di personale e finanziarie che gli enti locali che partecipano al piano si impegnano ad impiegare.

Esaminiamo in questo paragrafo il trend di finanziamento dei principali servizi, i cui importi sono riassunti nella Tabella 64 nella quale, ricordiamo, il forte incremento dal 2007 al 2008 è dovuto all'assegnazione al Veneto delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza che, come abbiamo visto nel § 1.3.1, sono state prevalentemente assegnate alla domiciliarità.

ANNO	ADI-SAD	Contributi economici	Sollievo	Sportello integrato	TOTALE	Δ
2001	12.911.422,42	23.641.475,43	-	-	36.552.897,85	
2002	12.911.422,42	23.398.482,78	5.681.025,89	-	41.990.931,09	14,9%
2003	14.200.000,00	35.134.179,90	3.671.361,00	-	53.005.540,90	26,2%
2004	14.900.000,00	36.500.000,00	6.000.000,00	-	57.400.000,00	8,3%
2005	14.900.000,00	38.500.000,00	-	-	53.400.000,00	-7,0%
2006	14.900.000,00	40.200.000,00	2.100.000,00	-	57.200.000,00	7,1%
2007	16.457.193,82	38.202.778,00	6.034.106,00	-	60.694.077,82	6,1%
2008	16.952.226,81	58.758.357,46	6.423.819,00	630.000,00	82.764.403,27	36,4%
2009	18.447.011,48	58.758.357,46	6.986.652,60	645.750,00	84.837.771,54	2,5%
2010	20.661.570,00	65.355.990,49	7.070.050,00	645.750,00	93.733.360,49	10,5%

Tabella 64 – Finanziamento dei servizi sociali per la domiciliarità. Trend 2001-2010

Rapportiamo questi totali al riparto dei valori del FSR per la non autosufficienza (cfr. Tabella 8), con la seguente precisazione: fino al 2008 il finanziamento della domiciliarità non era compreso nel riparto del

FSR, e perciò il confronto si può intendere tra i servizi domiciliari qui considerati e la residenzialità anziani e disabili dall'altro. Dal 2009, con l'avvio del fondo per la non autosufficienza (cfr. § 1.3.3), la domiciliarità è finanziata con il riparto del FSR. I valori indicati nella colonna *FSR - non autosufficienza* della Tabella 65 includono il riparto nazionale del Fondo per la non autosufficienza (cfr. Grafico 4). In questo caso misuriamo l'incidenza della domiciliarità all'interno del FRNA.

ANNO	Totale riparto domiciliarità	riparto residenzialità anziani	Valore di confronto
2001	36.552.897,85	318.066.695,24	12,97%
2002	41.990.931,09	328.813.000,00	14,55%
2003	53.005.540,90	348.521.000,00	17,18%
2004	57.400.000,00	381.000.000,00	16,95%
2005	53.400.000,00	393.100.000,00	15,04%
2006	57.200.000,00	441.000.000,00	14,30%
2007	60.694.077,82	456.000.000,00	14,63%
2008	82.764.403,27	481.003.000,00	19,03%
2009	84.837.771,54	445.875.000,00	19,03%
2010	93.733.360,49	456.448.740,00	20,54%

Tabella 65 – Confronto tra il riparto domiciliarità e riparto residenzialità anziani 2001-2010

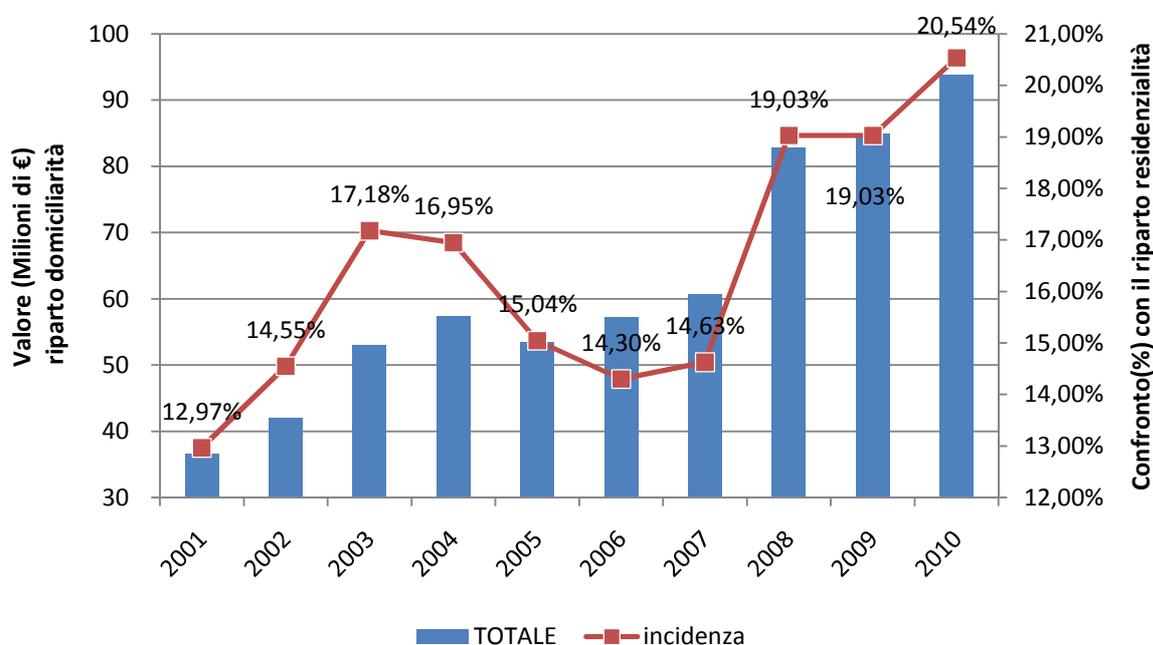


Grafico 19 – Trend di confronto tra il riparto domiciliarità e riparto residenzialità anziani 2001-2010

### 3.2.2.1 ADI-SAD

I servizi di assistenza domiciliare che offrono prestazioni di assistenza diretta alla persona attraverso l'assistenza tutelare e la collaborazione con le figure infermieristiche<sup>16</sup> rientrano nei livelli essenziali di assistenza ai sensi della DGR 3972/2002, che ha stabilito che il costo di tali servizi ricade nella spesa sanitaria fino al 60% e nella spesa sociale per almeno il 40%. Tale provvedimento afferma inoltre **che il finanziamento della spesa sanitaria è «comprensivo del contributo ai Comuni (o alle Aziende ULSS**

<sup>16</sup> La DGR 3972/2002 afferma che «Non si tratta di prestazioni proprie dell'infermiere professionale, ma di prestazioni effettuate da operatori diversi che collaborano con l'infermiere professionale, di tipo socio-sanitario. La componente sanitaria può essere minima e deve essere individuata all'interno delle singole realtà territoriali». Per approfondimenti si rinvia al capitolo 5.

delegate, ndr) di cui al capitolo 60043 che, se pure assegnato ai Comuni, viene **alimentato dal Fondo sanitario»**.

Per maggior precisione, il capitolo 60043 è stato finanziato fino al 2003. Nel 2004 il capitolo è stato sdoppiato nei capitoli 100408 (Anziani) e 100409 (Disabili). Dal 2005 al 2007 è stato integrato nel Fondo per la Domiciliarità degli Anziani (capitolo 100559) e nel Fondo per la Domiciliarità dei Disabili (capitolo 100558). Dal 2009 tali fondi rientrano nel Fondo per la Non Autosufficienza (capitolo 101176) e sono ripartiti con il FSR.

**Il finanziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata per Anziani e Disabili proveniente dal riparto del FRNA riguarda pertanto esclusivamente un contributo ai Comuni per il sostegno della minima componente sanitaria all'interno dell'attività di SAD.**

L'attività di SAD è perciò sostenuta principalmente con i fondi comunali, dei quali non trattiamo qui.

Le altre forme di ADI, accennate nella parte introduttiva di questo capitolo, trovano finanziamento con il fondo sanitario indistinto per l'attività distrettuale. Ne parleremo più approfonditamente nel paragrafo 3.3.3.

Questo il trend 2001/2010 delle spesa regionale per il sostegno dell'ADI-SAD (comprensivo del sostegno alle persone disabili):

ANNO	Totale riparto ADI-SAD €	Differenza % dall'anno precedente
2001	12.911.422,42	
2002	12.911.422,42	0,0%
2003	14.200.000,00	10,0%
2004	14.900.000,00	4,9%
2005	14.900.000,00	0,0%
2006	14.900.000,00	0,0%
2007	16.457.193,82	10,5%
2008	16.952.226,81	3,0%
2009	18.447.011,48	8,8%
2010	20.661.570,00	12,0%

Tabella 66 – Trend totali riparto ADI/SAD 2001-2010. Elaborazione ARSS su DGR

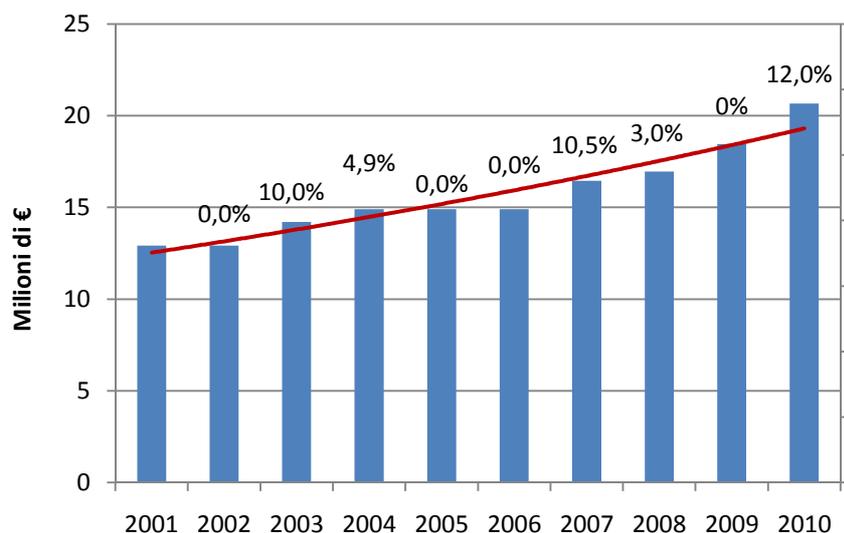


Grafico 20 – Trend totali riparto ADI-SAD 2001-2010

### 3.2.2.2 Assegno di cura

Il trend di finanziamento dei contributi economici alle famiglie è rappresentato dalla Tabella 68.

ANNO	Finanziamento degli interventi economici alle famiglie	Δ
2001	23.641.475,43	
2002	23.398.482,78	-1,0%
2003	35.134.179,90	50,2%
2004	36.500.000,00	3,9%
2005	38.500.000,00	5,5%
2006	40.200.000,00	4,4%
2007	38.202.778,00	-5,0%
2008	58.758.357,46	53,8%
2009	58.758.357,46	0,0%
2010	65.355.990,49	11,2%

Tabella 67 – Finanziamento regionale per gli interventi economici alle famiglie che assistono in casa persone non autosufficienti. Trend 2001-2010. Elaborazione ARSS da Deliberazioni della Giunta regionale. Valori in €.

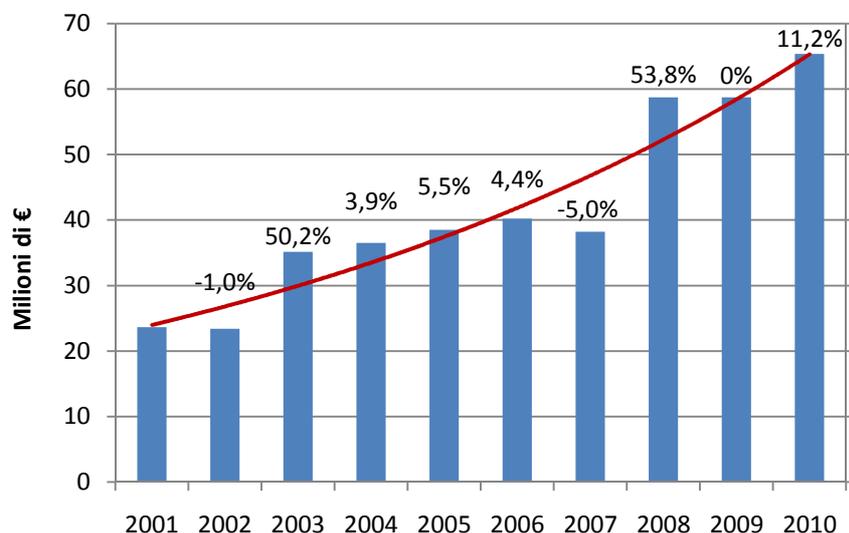


Grafico 21 – Finanziamento regionale per gli interventi economici alle famiglie che assistono in casa persone non autosufficienti. Trend 2001-2010.

Fino all'anno 2006 i contributi economici erano suddivisi in tre aree di intervento: Alzheimer, Badanti e LR 28/1991. La Tabella 68 illustra il riparto di queste tre linee di intervento nell'anno 2006 e lo mette a confronto con la quota assegnata nell'anno 2010 all'Assegno di cura.

ULSS	Alzheimer	badanti + LR 28/1991	Integrazione LR 28/1991	TOTALE 2006	ADC 2009	Δ 2006-2009
1	335.878,00	438.811,70	10.000,00	784.689,70	954.138,00	21,6%
2	305.344,00	477.424,94	5.000,00	787.768,94	1.108.723,00	40,7%
3	488.550,00	753.935,47	18.000,00	1.260.485,47	1.833.477,00	45,5%
4	305.344,00	675.704,07	14.000,00	995.048,07	1.364.205,96	37,1%
5	427.481,00	668.548,17	70.000,00	1.166.029,17	1.569.983,26	34,6%
6	732.824,00	1.041.016,29	23.000,00	1.796.840,29	2.470.801,12	37,5%
7	549.618,00	1.183.385,91	70.000,00	1.803.003,91	2.562.069,92	42,1%
8	580.153,00	1.145.070,78	76.000,00	1.801.223,78	2.633.606,00	46,2%
9	732.824,00	1.874.234,87	187.000,00	2.794.058,87	4.096.524,70	46,6%
10	610.687,00	1.456.283,06	158.000,00	2.224.970,06	3.712.726,30	66,9%
12	916.031,00	1.945.130,16	23.000,00	2.884.161,16	3.854.575,00	33,6%

13	671.756,00	1.519.519,50	19.000,00	2.210.275,50	3.900.155,00	76,5%
14	427.481,00	1.124.884,01	93.000,00	1.645.365,01	2.735.510,00	66,3%
15	549.618,00	2.605.798,69	18.000,00	3.173.416,69	4.190.194,72	32,0%
16	977.098,00	1.932.305,39	31.000,00	2.940.403,39	4.400.506,00	49,7%
17	519.084,00	1.860.114,72	14.000,00	2.393.198,72	3.241.721,98	35,5%
18	519.084,00	1.609.676,70	187.000,00	2.315.760,70	3.968.187,78	71,4%
19	244.275,00	723.597,70	52.000,00	1.019.872,70	1.692.441,00	65,9%
20	1.068.702,00	1.741.147,55	117.000,00	2.926.849,55	3.951.010,72	35,0%
21	458.015,00	933.464,56	127.000,00	1.518.479,56	2.300.982,00	51,5%
22	580.153,00	1.089.945,76	88.000,00	1.758.098,76	2.216.818,00	26,1%
<b>Totale</b>	<b>12.000.000,00</b>	<b>26.800.000,00</b>	<b>1.400.000,00</b>	<b>40.200.000,00</b>	<b>58.758.357,46</b>	<b>46,2%</b>

Tabella 68 – Spesa regionale per il contributo economico per Alzheimer, badanti e LR 28/1991 per l'anno 2006. Confronto con la quota destinata all'Assegno di cura per l'anno 2009. Valori in €

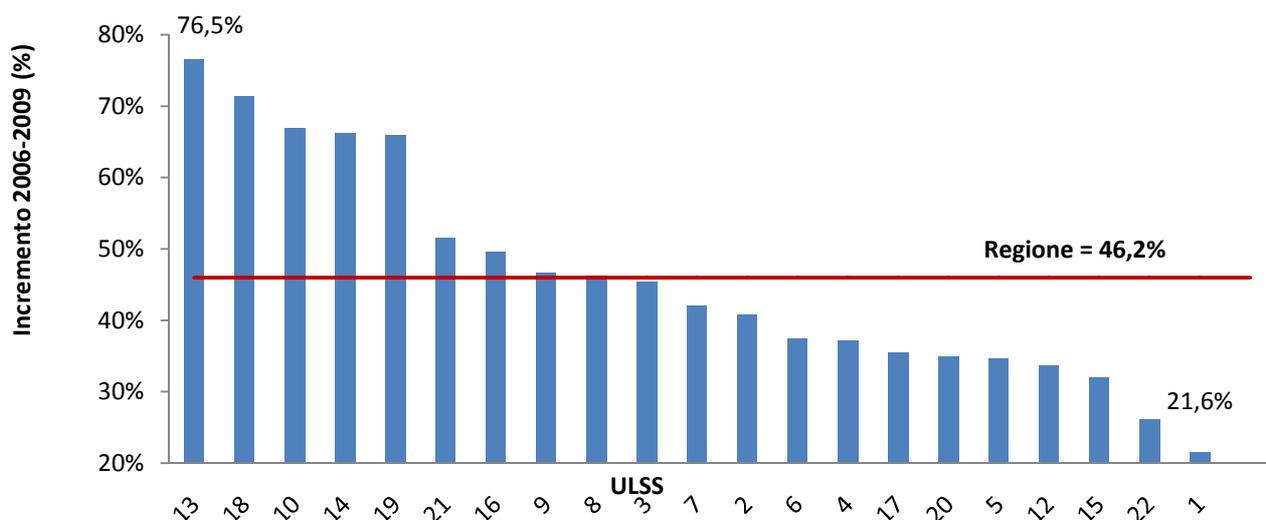


Grafico 22 – Incremento 2006-2009 del finanziamento degli interventi di sostegno economico alle famiglie che assistono in casa persone non autosufficienti

### 3.2.2.3 Il sollievo

Dai provvedimenti della Giunta regionale che ne hanno definito il riparto è stata costruita la seguente tabella riepilogativa dei finanziamenti per il sollievo (dal 2007 denominati con la voce "Altro").

ANNO	Finanziamento del sollievo
2002	5.681.025,89
2003	3.671.361,00
2004	6.000.000,00
2005	-
2006	2.100.000,00
2007	6.034.106,00
2008	6.423.819,00
2009	6.986.652,60
2010	7.070.050,00

Tabella 69 – Finanziamento regionale per gli interventi di sollievo. Trend 2001-2010. Elaborazione ARSS da Deliberazioni della Giunta regionale. Valori in €.

### 3.2.3 I costi dell'ADI



Analogamente alla rilevazione condotta al paragrafo 2.2.5, nella Tabella 70 di questo paragrafo rappresentiamo il trend registrato dal 2003 al 2009 per il sub livello assistenziale della Assistenza programmata a domicilio (ADI-ADP).

Questo sub livello raccoglie i dati di costo relativi all'Assistenza programmata a domicilio, compresa l'attività del personale infermieristico e di riabilitazione a domicilio a pazienti aventi diritto, inclusi o pazienti anziani (età >=65 anni).

Sono inclusi i costi dell'assistenza domiciliare (ADI e ADP) ai disabili, agli anziani, ai malati terminali, ai malati di Alzheimer (di ogni età), alle persone affette da HIV e altri soggetti aventi diritto all'assistenza domiciliare.

Secondo le linee guida per la compilazione dei modelli da parte delle Aziende ULSS, «in tale sub livello dovranno essere indicati, laddove previsti dalla normativa regionale in alternativa [nella nostra regione anche in modo complementare] all'erogazione dell'ADI, i contributi economici per l'assistenza sanitaria domiciliare (assegno di cura, voucher, etc.)».

MACROVOCE	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
A - Consumi sanitari	9.431,00	12.460,00	12.235,00	13.806,00	9.911,00	9.467,00	11.397,00
B - Consumi non sanitari	579,00	848,00	770,00	899,00	928,00	773,00	1.045,00
C - Costi prest. sanitarie	13.601,00	17.852,00	16.431,00	22.597,00	16.334,00	22.995,00	26.235,00
D - Costi servizi sanitari	6.023,00	5.950,00	9.510,00	9.593,00	14.805,00	17.209,00	31.690,00
E - Costi servizi non sanitari	5.574,00	6.081,00	4.482,00	5.435,00	5.294,00	4.104,00	6.183,00
F - Personale sanitario	17.910,00	20.475,00	22.042,00	27.241,00	27.159,00	30.868,00	37.348,00
G - Personale professionale	52,00	79,00	84,00	87,00	98,00	85,00	117,00
H - Personale tecnico	1.485,00	1.727,00	1.808,00	2.305,00	2.518,00	2.167,00	2.609,00
I - Personale amministrativo	2.479,00	3.080,00	3.123,00	3.932,00	4.088,00	3.110,00	4.507,00
J - Ammortamenti	880,00	1.387,00	2.014,00	1.852,00	2.458,00	1.736,00	2.907,00
K - Sopravvenienze/Insussist.	91,00	2.411,00	2.016,00	595,00	1.997,00	1.318,00	1.491,00
M - Altri costi	2.056,00	2.689,00	4.557,00	4.266,00	5.805,00	1.572,00	2.166,00
<b>N - Totale</b>	<b>60.161,00</b>	<b>75.039,00</b>	<b>79.072,00</b>	<b>92.608,00</b>	<b>91.395,00</b>	<b>95.404,00</b>	<b>127.695,00</b>

Tabella 70 – Costi degli LA relativi all'Assistenza domiciliare integrata (ADI-ADP, anziani e disabili). Trend anni 2003-2009. Valori in migliaia di €

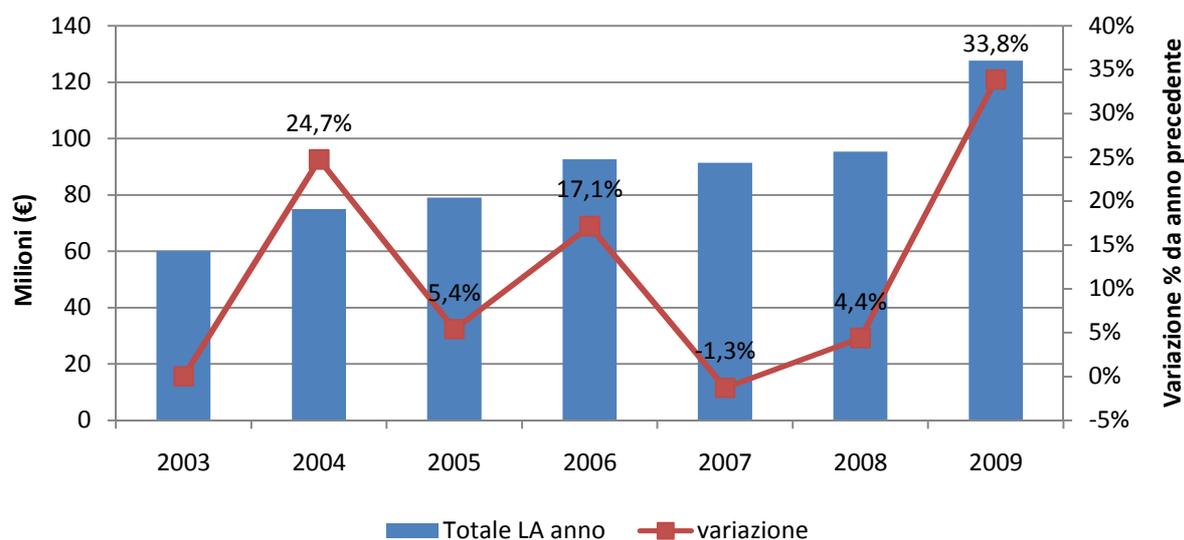


Grafico 23 – Costi degli LA relativi all'Assistenza domiciliare integrata. In evidenza le variazioni dall'anno precedente. Trend anni 2003-2009.

Per l'illustrazione delle macrovoci rinviamo al paragrafo 2.2.5. E' evidente, nel confronto con la Tabella 20, una maggiore distribuzione dei costi tra le diverse macrovoci, dovuta al fatto che le prestazioni sono

erogate direttamente dalle ULSS. Nella residenzialità e semiresidenzialità anziani, invece, abbiamo visto che i costi sono concentrati alla voce “costi delle prestazioni sanitarie” per il pagamento delle impegnative ai centri di servizio.

Dal confronto con la colonna “contributi economici” della Tabella 64 rileviamo invece che nessun valore è superato all’interno della Tabella 70. Si deduce che tali importi – consistenti per lo più in partite di giro di finanziamenti che transitano attraverso le ULSS, ma sono erogati dalla Regione ai cittadini beneficiari o ai comuni – non siano stati rilevati dagli LA, nemmeno negli ultimi anni, oppure che l’abbiano fatto soltanto alcune Aziende ULSS.

Non si ritiene perciò utile raffrontare il trend dei costi rilevati in Tabella 70 con il trend di riparto della domiciliarità della Tabella 64.

### 3.3 Analisi nell’anno 2009

Per la costruzione di questo paragrafo abbiamo utilizzato i seguenti set di dati.

Per la rilevazione dei servizi prodotti:

- per l’ADI-SAD, i valori di produzione indicati dalla DGR 3592/2010, relativi all’anno 2009, che abbiamo confrontato con gli obiettivi posti dalla DGR 39/2006 e dalla stessa DGR 3592/2010;
- per l’Assegno di cura, il flusso dati fornito alla Direzione regionale Servizi sociali dalla società incaricata della gestione della procedura ADC;
- per l’ADI, sono stati estrapolati i dati dal datawarehouse regionale. Tuttavia, tali valori sono stati presi per l’anno 2010 a causa del mancato popolamento del datawarehouse da parte di alcune Aziende ULSS sino al 2009.

Per la rilevazione dei finanziamenti:

- deliberazioni della Giunta regionale (ADI-SAD, ADC, altro...);
- tavole FNA.

Per la rilevazione dei costi:

- modelli LA;
- tavole FNA.

Nel capitolo della residenzialità abbiamo utilizzato come **parametro di confronto il fabbisogno** (cfr. § 2.2.1) misurando i dati di produzione e di finanziamento in quote per unità di fabbisogno, al netto delle attività rivolte ai religiosi non autosufficienti.

Le politiche della domiciliarità, come abbiamo visto, non sono rivolte esclusivamente a persone anziane non autosufficienti.

Utilizzando i dati del flusso ADI del datawarehouse regionale, abbiamo calcolato la proporzione degli utenti di età uguale o maggiore a 65 anni sul totale degli utenti ADI per ciascuna Azienda.

Mediamente, a livello regionale, il 12% degli utenti ADI ha un’età inferiore a 65 anni.

ULSS	Utenti ADI	Utenti ADI anziani	% anziani su totale
1	5.309	4.841	91,2%
2	3.084	2.738	88,8%
3	2.232	1.962	87,9%
4	6.465	5.553	85,9%
5	3.468	3.166	91,3%
6	8.064	7.063	87,6%
7	4.677	4.207	90,0%
8	7.259	6.440	88,7%
9	7.230	6.375	88,2%
10	6.418	5.735	89,4%

12	2.718	2.489	91,6%
13	5.969	5.342	89,5%
14	1.751	1.575	89,9%
15	6.628	5.794	87,4%
16	14.660	12.807	87,4%
17	5.834	5.262	90,2%
18	4.865	4.440	91,3%
19	1.556	1.371	88,1%
20	2.775	2.438	87,9%
21	6.368	4.722	74,2%
22	7.679	6.917	90,1%
regione	115.009	101.237	88,0%

Tabella 71 – Utenti servizi ADI per ULSS. Anno 2010. Rapporto tra utenti anziani (età >=65 anni) e totale utenti. Fonte: elaborazione ARSS da datawarehouse regionale.

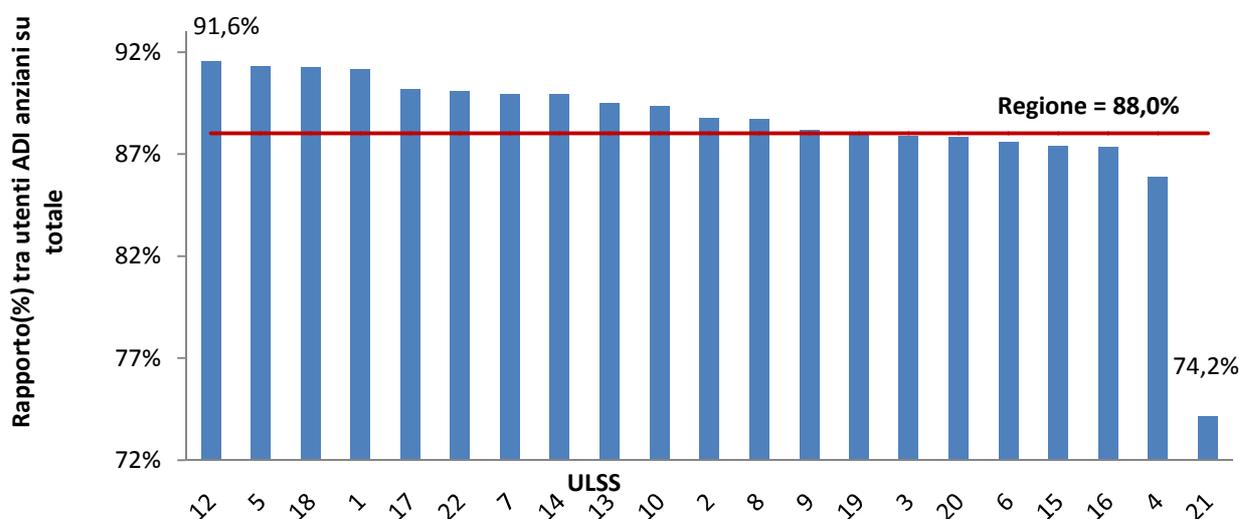


Grafico 24 – Rapporto tra utenti ADI anziani (età >=65 anni) e totale utenti. Fonte: elaborazione ARSS da datawarehouse regionale.

Per confrontare i valori tra Aziende ULSS, useremo comunque come parametro il fabbisogno definito per la residenzialità delle persone non autosufficienti che, come abbiamo detto, ci consente di considerare al contempo le caratteristiche demografiche e geografiche dei territori.

Questo parametro tiene conto anche della popolazione di età inferiore a 65 anni (che viene moltiplicata per il coefficiente 0,04%). A livello regionale, il valore fornito da tale parametro sul totale dell'indicatore del fabbisogno è pari a 11,4% circa.

Riteniamo perciò che la suddivisione dei numeri della domiciliarità per il parametro del fabbisogno possa restituire dei valori attendibili di confronto dei servizi, dei finanziamenti e dei costi tra ULSS.

Questo ci consentirà di confrontare i finanziamenti ed i costi per la residenzialità e per la domiciliarità tenendo come riferimento i valori per unità di fabbisogno.

### 3.3.1 I servizi: gli utenti



#### 3.3.1.1 ADI-SAD

La DGR 39/2006 (Piano locale per la domiciliarità) e la DGR 3562/2010 (Approvazione delle linee di indirizzo per l'utilizzo delle risorse nell'area della domiciliarità) determinano, tra gli altri aspetti, gli strumenti di

verifica e valutazione degli interventi, le risorse umane e finanziarie necessarie al conseguimento degli obiettivi.

Alla luce di tali parametri è possibile verificare il livello di raggiungimento di tali obiettivi considerando, per economia di tempo e di spazio, il dato per territorio ULSS e non quello comunale (come prevede la DGR, poiché si tratta di un servizio di competenza comunale).

La DGR 39/2006 pone i seguenti obiettivi:

- A. Raggiungimento dell'indicatore di copertura assistenziale del valore del 2% tra il numero degli utenti ADI-SAD sulla popolazione di età uguale o maggiore a 65 anni.

ULSS	Utenti ADI-SAD	Popolazione >64 anni al 01/01/2010	Indicatore Copertura Assistenziale ADI-SAD
1	607	29.564	2,05%
2	843	19.197	4,39%
3	331	33.122	1,00%
4	792	36.002	2,20%
5	469	32.129	1,46%
6	724	59.793	1,21%
7	666	45.515	1,46%
8	1.030	43.168	2,39%
9	717	77.292	0,93%
10	1.412	43.136	3,27%
12	592	77.682	0,76%
13	593	49.708	1,19%
14	101	14.640	0,69%
15	503	42.654	1,18%
16	876	100.047	0,88%
17	597	37.815	1,58%
18	429	39.239	1,09%
19	416	17.148	2,43%
20	2.111	97.341	2,17%
21	1.165	30.500	3,82%
22	834	49.789	1,68%
<b>TOT</b>	<b>15.808</b>	<b>975.481</b>	<b>1,62%</b>
<b>obiettivo</b>	<b>19.510</b>	<b>975.481</b>	<b>2,00%</b>

Tabella 72 – Copertura assistenziale Utenti ADI-SAD/popolazione >64 anni. Fonte: elaborazione dati da DGR 3562 su dati ISTAT al 01/01/2010.

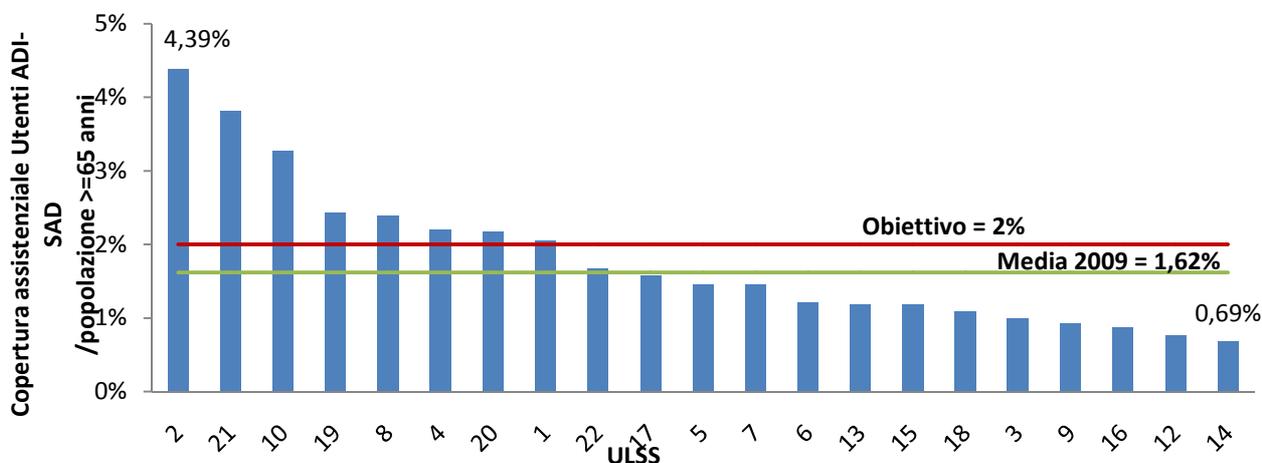


Grafico 25 – Copertura assistenziale Utenti ADI-SAD/popolazione >64 anni.

Il Grafico 25 illustra il comportamento delle ULSS rispetto alla media regionale e al parametro di utenti definito dalla DGR 39/2006.

Se misuriamo invece gli utenti sul fabbisogno, mantenendo l'obiettivo del 2%, pari a 19.510 utenti, otteniamo i seguenti risultati.

ULSS	Utenti ADI-SAD	Fabbisogno 2009	Rapporto utenti/fabbisogno
1	607	1.002	60,58%
2	843	657	128,31%
3	331	842	39,31%
4	792	891	88,89%
5	469	802	58,48%
6	724	1.504	48,14%
7	666	1.197	55,64%
8	1.030	1.100	93,64%
9	717	1.962	36,54%
10	1.412	1.074	131,47%
12	592	2.351	25,18%
13	593	1.165	50,90%
14	101	631	16,01%
15	503	1.074	46,83%
16	876	2.196	39,89%
17	597	1.011	59,05%
18	429	1.083	39,61%
19	416	444	93,69%
20	2.111	2.507	84,20%
21	1.165	809	144,00%
22	834	1.233	67,64%
TOT	15.808	25.535	61,91%
obiettivo	19.510	25.535	76,40%

Tabella 73 – Rapporto utenti ADI-SAD su fabbisogno.

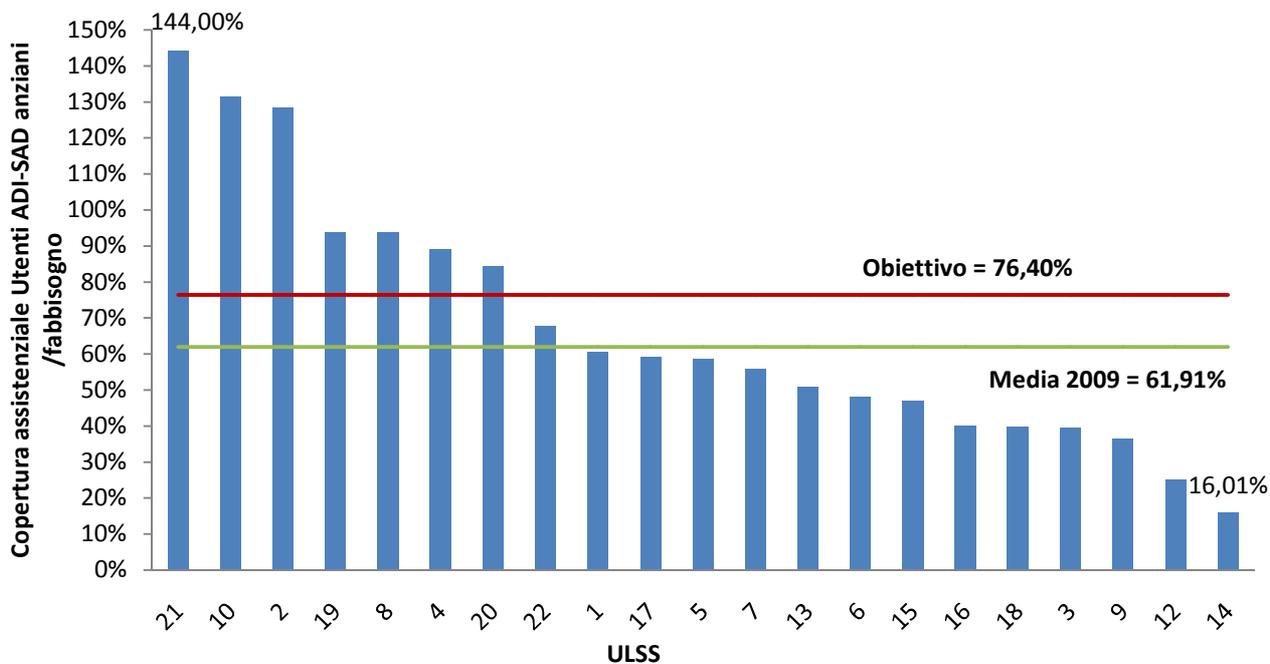


Grafico 26 – Rapporto utenti ADI-SAD su fabbisogno.

B. Il secondo parametro/obiettivo definito dalla DGR 39/2006 è quello del rapporto operatori assistenziali su utenti, che deve essere compreso tra 1/14 e 1/6. La Tabella 74 riporta dalla DGR 3562/2010 il numero degli assistiti, degli operatori assistenziali (OAA, OTAA, OSS) equivalenti a tempo pieno ed il numero degli assistenti sociali equivalenti a tempo pieno presenti nei servizi di assistenza domiciliare dei Comuni nell'anno 2009, attualizzati alle modifiche dei territori delle ULSS 14 e 16. Sono evidenziate le Aziende la cui media territoriale rientra in tale parametro (che, tuttavia, andrebbe misurato e verificato a livello comunale).

ULSS	Utenti ADI-SAD	Operatori assistenziali	utenti per operatore	Assistenti sociali	utenti per operatore
1	607	45,01	13,49	11,02	55,08
2	843	47,38	17,79	17,1	49,30
3	331	52,57	6,30	11,4	29,04
4	792	62,38	12,70	12,26	64,60
5	469	52,34	8,96	6,66	70,42
6	724	55,58	13,03	24,21	29,90
7	666	11,5	57,91	41,28	16,13
8	1.030	64,38	16,00	11,23	91,72
9	717	91,39	7,85	18,4	38,97
10	1.412	103,64	13,62	18,7	75,51
12	592	257,2	2,30	25,33	23,37
13	593	58,63	10,11	10,03	59,12
14	101	21,86	4,62	3,66	27,60
15	503	74,55	6,75	13,56	37,09
16	876	111	7,89	32,83	26,68
17	597	52,74	11,32	9,51	62,78
18	429	35,61	12,05	10	42,90
19	416	9,39	44,30	3,07	135,50
20	2.111	295,31	7,15	58,36	36,17
21	1.165	35,02	33,27	7,54	154,51
22	834	70,22	11,88	6,63	125,79
TOT	15.808	1.607,70	9,83	352,78	44,81

Tabella 74 – Numero utenti per operatore assistenziale e per assistente sociale. Fonte: Elaborazione dati da DGR 3562/2010. Il numero degli operatori e degli assistenti sociali rappresenta il dato equivalente a tempo pieno per l'anno 2009.

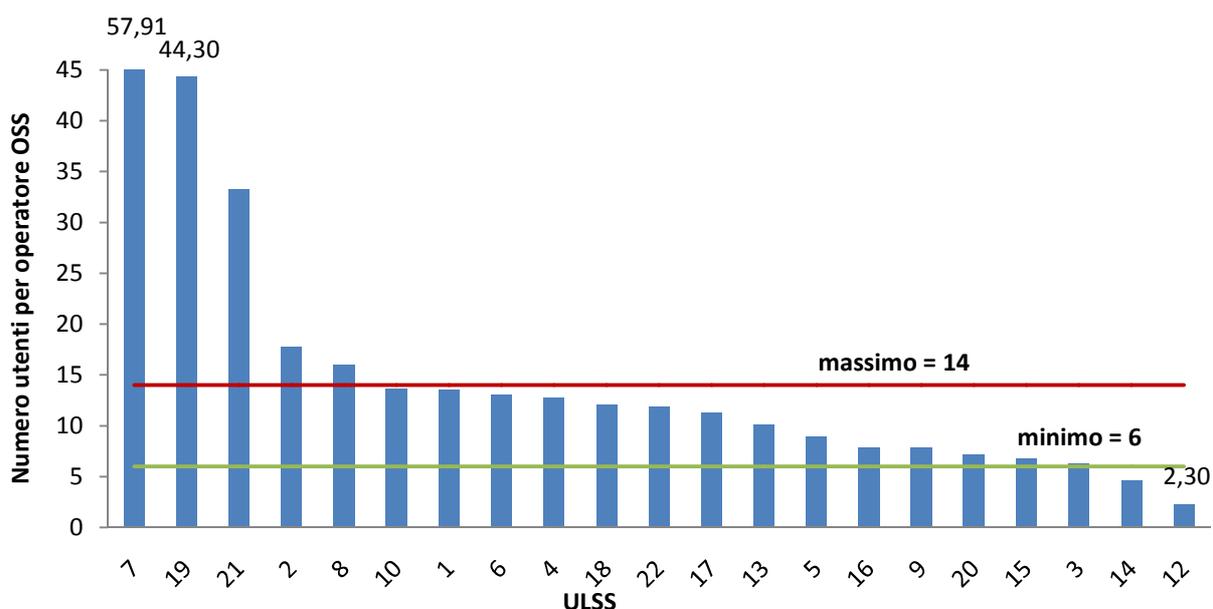


Grafico 27 – Numero utenti ADI-SAD per operatore OSS. Anno 2009. Confronto con i valori massimo e minimo previsti dalla DGR 39/2006.

La DGR 3562/2010 nella parte motiva dispone inoltre che il 15%<sup>17</sup> del riparto delle risorse destinate all'assistenza domiciliare sia effettuato in proporzione al grado di avvicinamento ai seguenti parametri: 1 assistente sociale ogni 6.000 abitanti, 1 operatore di assistenza (OAA, OTAA, OSS) ogni 3.000 abitanti (presenti nei servizi SAD del 2009).

Tale misura si basa sull'intera popolazione residente, quindi non sulla sola popolazione anziana. Vediamo nella Tabella 75 il grado di avvicinamento ai parametri richiesti.

ULSS	POPOLAZIONE TOTALE	Operatori ass. equivalenti	Residenti per operatore (1x3.000)	Assistenti sociali equivalenti	Residenti Ass. Soc. (1x6.000)
<b>1</b>	129.073	45,01	<b>2.868</b>	11,02	<b>11.713</b>
<b>2</b>	84.949	47,38	<b>1.793</b>	17,10	<b>4.968</b>
<b>3</b>	179.497	52,57	<b>3.414</b>	11,40	<b>15.745</b>
<b>4</b>	187.902	62,38	<b>3.012</b>	12,26	<b>15.326</b>
<b>5</b>	180.577	52,34	<b>3.450</b>	6,66	<b>27.114</b>
<b>6</b>	318.436	55,58	<b>5.729</b>	24,21	<b>13.153</b>
<b>7</b>	218.853	11,50	<b>19.031</b>	41,28	<b>5.302</b>
<b>8</b>	250.762	64,38	<b>3.895</b>	11,23	<b>22.330</b>
<b>9</b>	414.503	91,39	<b>4.536</b>	18,40	<b>22.527</b>
<b>10</b>	215.610	103,64	<b>2.080</b>	18,70	<b>11.530</b>
<b>12</b>	308.504	257,20	<b>1.199</b>	25,33	<b>12.179</b>
<b>13</b>	266.705	58,63	<b>4.549</b>	10,03	<b>26.591</b>
<b>14</b>	68.961	21,86	<b>3.155</b>	3,66	<b>18.842</b>
<b>15</b>	252.797	74,55	<b>3.391</b>	13,56	<b>18.643</b>
<b>16</b>	486.962	111,00	<b>4.387</b>	32,83	<b>14.833</b>
<b>17</b>	185.382	52,74	<b>3.515</b>	9,51	<b>19.493</b>
<b>18</b>	175.129	35,61	<b>4.918</b>	10,00	<b>17.513</b>
<b>19</b>	74.805	9,39	<b>7.966</b>	3,07	<b>24.366</b>
<b>20</b>	472.661	295,31	<b>1.601</b>	58,36	<b>8.099</b>
<b>21</b>	154.705	35,02	<b>4.418</b>	7,54	<b>20.517</b>
<b>22</b>	287.535	70,22	<b>4.095</b>	6,63	<b>43.368</b>
<b>TOT</b>	<b>4.914.308</b>	<b>1.607,70</b>	<b>3.057</b>	<b>352,78</b>	<b>13.930</b>

Tabella 75 – Grado di avvicinamento ai servizi di AD-SAD richiesto dalla DGR 3562/2002 per il riparto del 15% delle risorse per l'assistenza domiciliare.

Il Grafico 28 è stato rappresentato ordinando le ULSS in ordine decrescente per il valore di residenti per assistente sociale. In questo caso, la media regionale è più del doppio del parametro proposto dalla DGR 3562/2010, che viene soddisfatto solo dalle ULSS 7 e 2.

Il valore medio dei residenti per operatore assistenziale è invece pari all'obiettivo proposto dalla DGR. Hanno un comportamento anomalo la ULSS 7 e la ULSS 19, nelle quali è elevato il numero degli utenti seguiti da un singolo OSS equivalente.

<sup>17</sup> Gli altri criteri sono i seguenti:

- i) 65% in proporzione al contributo assegnato nell'anno precedente;
- ii) 20% in base al numero utenti ADI 2009

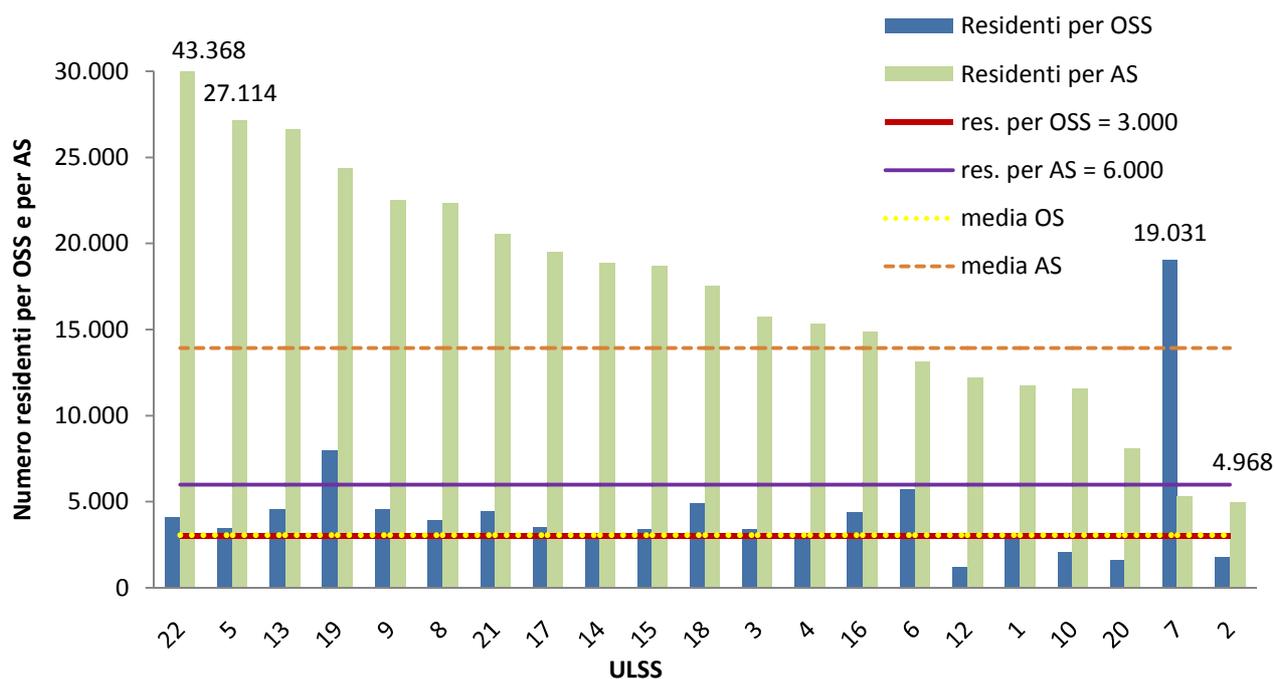


Grafico 28 – Numero di residenti per ULSS per operatore assistenziale e per assistente sociale, Confronto con i parametri definiti dalla DGR 3562/2010

### 3.3.1.2 Assegno di cura

I dati contenuti in questo paragrafo sono stati elaborati in forma anonima e provengono dalla banca dati di Clesius srl, società incaricata della gestione informatizzata delle procedure per la raccolta dei dati e la determinazione dell'assegno di cura.

I beneficiari sono stati rappresentati sia come numero di persone fisiche che hanno percepito l'assegno di cura, sia come numero di **utenti equivalenti**, valore ottenuto rapportando a 1 il periodo dell'anno (misurato in mesi) di godimento del beneficio economico (ad esempio 6 mesi =0,5).

Tutte le misurazioni sono state condotte sul numero degli utenti equivalenti.

L'elaborazione che abbiamo condotto ha tenuto conto *in primis* delle quattro possibili tipologie di fabbisogno espresso nella domanda per l'assegno di cura, che sono la presenza di malattia di Alzheimer o altre forme di demenza con disturbo comportamentale, l'ausilio di una badante, la sussistenza o meno di entrambi (Alzheimer e badante, insieme); la quarta fattispecie, più numerosa, ha coinciso con la presentazione di semplice domanda.

I totali a livello regionale sono rappresentati dalla Tabella 76, che illustra per ciascuna tipologia di contributo il numero di cittadini utenti, quello degli utenti equivalenti, il contributo complessivo ed il valore medio del contributo pro capite per utente equivalente.

TIPOLOGIE DI BISOGNO	Cittadini utenti	Utenti equivalenti	Contributo complessivo €	Contributo medio pro capite equivalente €
No alzheimer, no badante	17.764	13.917,65	26.577.275,00	1.909,61
SOLO ALZHEIMER	4.875	3.903,03	17.574.760,00	4.502,85
SOLO BADANTE	3.428	2.801,68	9.121.338,00	3.255,67
ALZHEIMER + BADANTE	1.457	1.201,91	5.724.391,00	4.762,75
<b>TOTALE</b>	<b>27.524</b>	<b>21.824,27</b>	<b>58.997.764,00</b>	<b>2.703,31</b>

Tabella 76 – ADC Anno 2009. Elaborazione ARSS per tipologia di bisogno su dati Clesius srl.

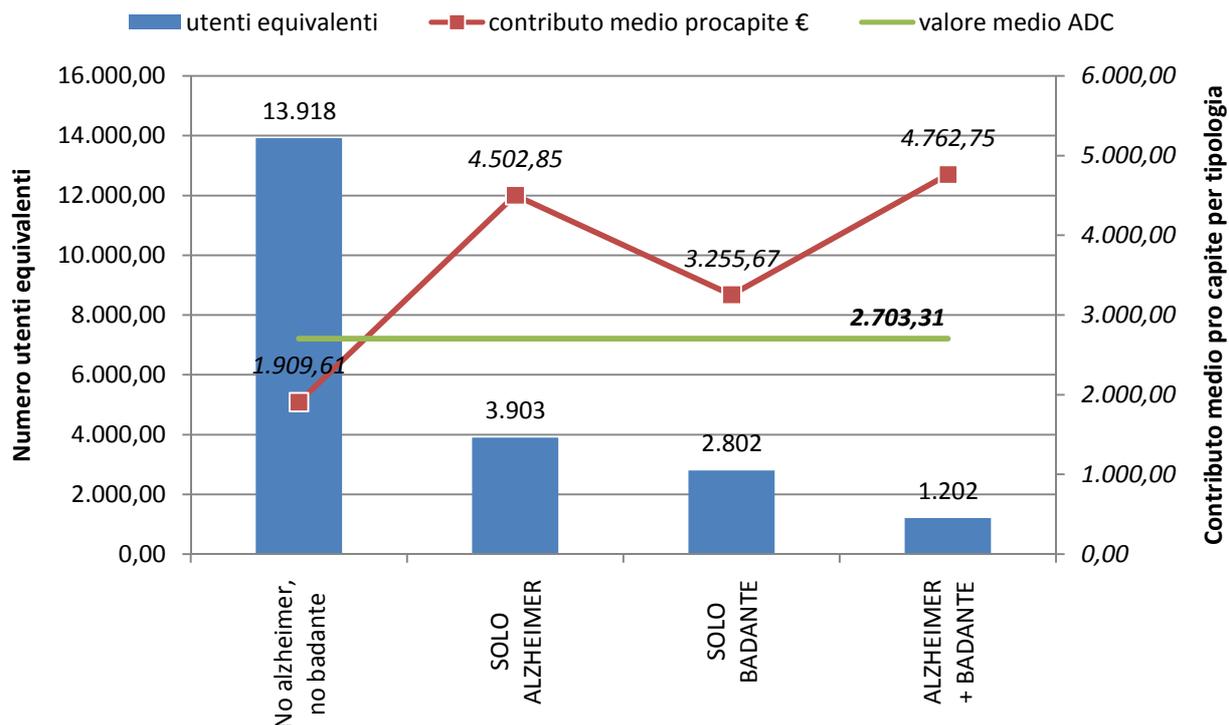


Gráfico 29 – Utenti equivalenti e contributo medio pro capite per tipologia di bisogno dell'ADC. Anno 2009.

La Tabella 77, ad integrazione della precedente, per ciascuna tipologia misura il rapporto tra utenti ed utenti equivalenti, rappresentando l'indice di ricambio, ovvero la percentuale di persone che beneficiano dell'assegno per meno di 12 mesi (per accesso all'ADC nel corso dell'anno, per morte, o per passaggio a servizi residenziali).

La tabella illustra anche la ripartizione degli utenti equivalenti per tipologia di bisogno e il rispettivo valore percentuale del riparto assegnato a tale tipologia.

TIPOLOGIE DI BISOGNO	Rapporto utenti / utenti equivalenti	INDICE RICAMBIO	% utenti eq. per TIPOLOGIA su utenti eq. totale	% contributo su totale
No alzheimer, no badante	78,35%	21,65%	63,77%	45,05%
SOLO ALZHEIMER	80,06%	19,94%	17,88%	29,79%
SOLO BADANTE	81,73%	18,27%	12,84%	15,46%
ALZHEIMER + BADANTE	82,49%	17,51%	5,51%	9,70%
<b>TOTALE</b>	<b>79,29%</b>	<b>20,71%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Tabella 77 – ADC Anno 2009. Elaborazioni ARSS per tipologia di bisogno su dati Clesius srl

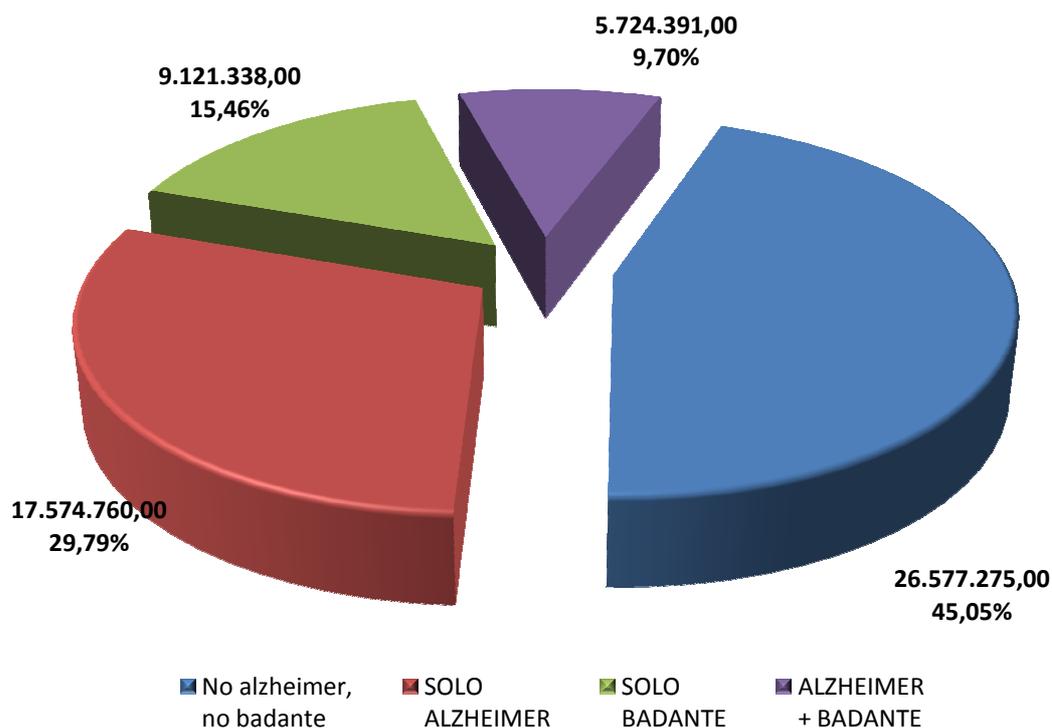


Grafico 30 – Spesa per tipologia di bisogno dell’ADC. Anno 2009

Sono stati elaborati anche i dati relativi all’entità dell’Assegno di cura, riportandoli su scaglioni di 1.000 euro, per ciascuno dei quali è stato calcolato il contributo complessivo ed il valore medio del contributo equivalente pro capite.

Scaglioni di valore dell’ADC (€)	Cittadini utenti	Utenti equivalenti	Contributo Complessivo €	Contributo medio pro capite equivalente €
0-1000	6.002	2.243,21	3.434.713,00	1.531,16
1001-2000	9.617	8.339,26	14.587.178,00	1.749,22
2001-3000	6.372	5.921,42	15.371.960,00	2.595,99
3001-4000	1.786	1.636,66	6.102.606,00	3.728,70
4001-5000	1.504	1.451,77	6.785.265,00	4.673,79
5001-6000	1.600	1.588,95	8.759.938,00	5.513,04
>6000	643	643,00	3.956.104,00	6.152,57
<b>TOTALE</b>	<b>27.524</b>	<b>21.824,27</b>	<b>58.997.764,00</b>	<b>2.703,31</b>

Tabella 78– ADC Anno 2009. Elaborazioni ARSS per scaglioni di valore dell’assegno, su dati Clesius srl

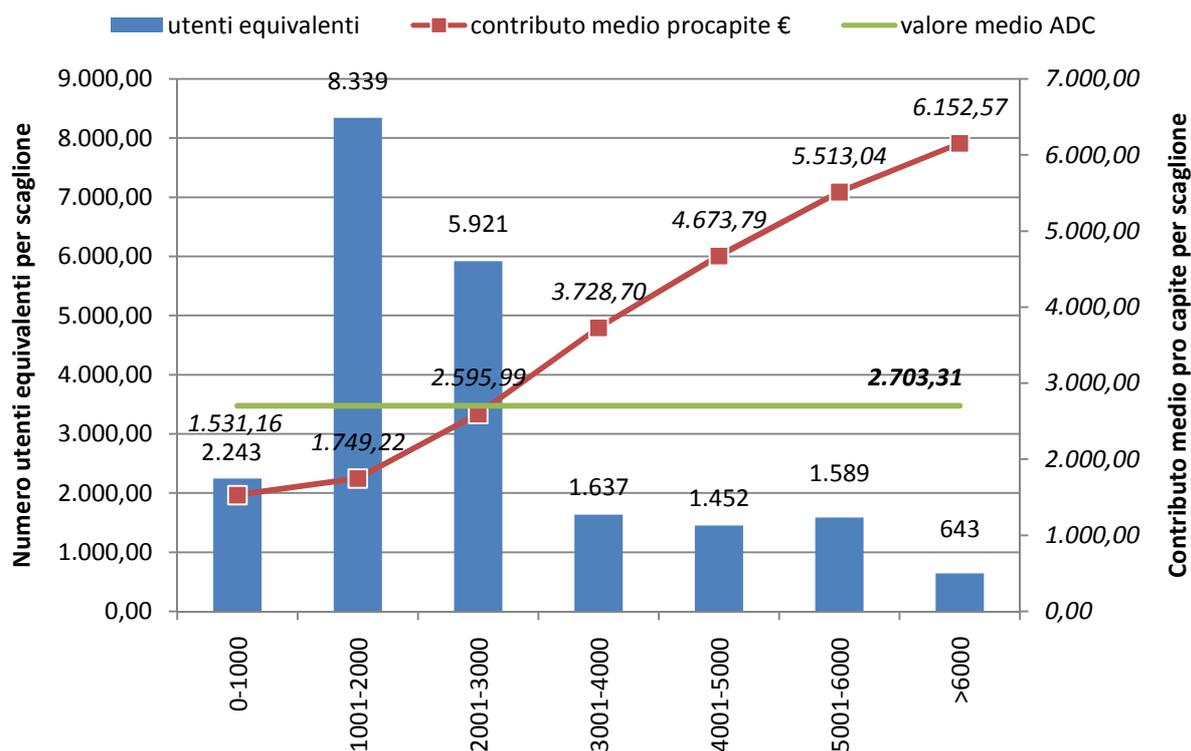


Grafico 31 – Utenti equivalenti e contributo medio pro capite per scaglione di contributo dell'ADC. Anno 2009

Anche la Tabella 79, ad integrazione della Tabella 78, per ciascuno scaglione di valore dell'ADC misura il rapporto tra utenti ed utenti equivalenti, rappresentando l'indice di ricambio, ovvero la percentuale di persone che beneficiano dell'assegno per meno di 12 mesi (per accesso all'ADC nel corso dell'anno, per morte, o per passaggio a servizi residenziali). Il valore di questa misura è più significativo per gli scaglioni inferiori.

La Tabella 79 illustra anche la ripartizione degli utenti equivalenti per scaglione di valore dell'assegno e il rispettivo valore percentuale del riparto impiegato per ciascuno scaglione.

Scaglioni di valore dell'ADC (€)	Rapporto utenti / utenti equivalenti	INDICE RICAMBIO	% utenti eq. per FASCIA su utenti eq. totale	% contributo su totale
0-1000	37,37%	62,63%	10,28%	5,82%
1001-2000	86,71%	13,29%	38,21%	24,72%
2001-3000	92,93%	7,07%	27,13%	26,06%
3001-4000	91,64%	8,36%	7,50%	10,34%
4001-5000	96,53%	3,47%	6,65%	11,50%
5001-6000	99,31%	0,69%	7,28%	14,85%
>6000	100,00%	0,00%	2,95%	6,71%
<b>TOTALE</b>	<b>79,29%</b>	<b>20,71%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Tabella 79 – ADC Anno 2009. Elaborazioni ARSS per scaglioni di valore dell'assegno, su dati Clesius srl

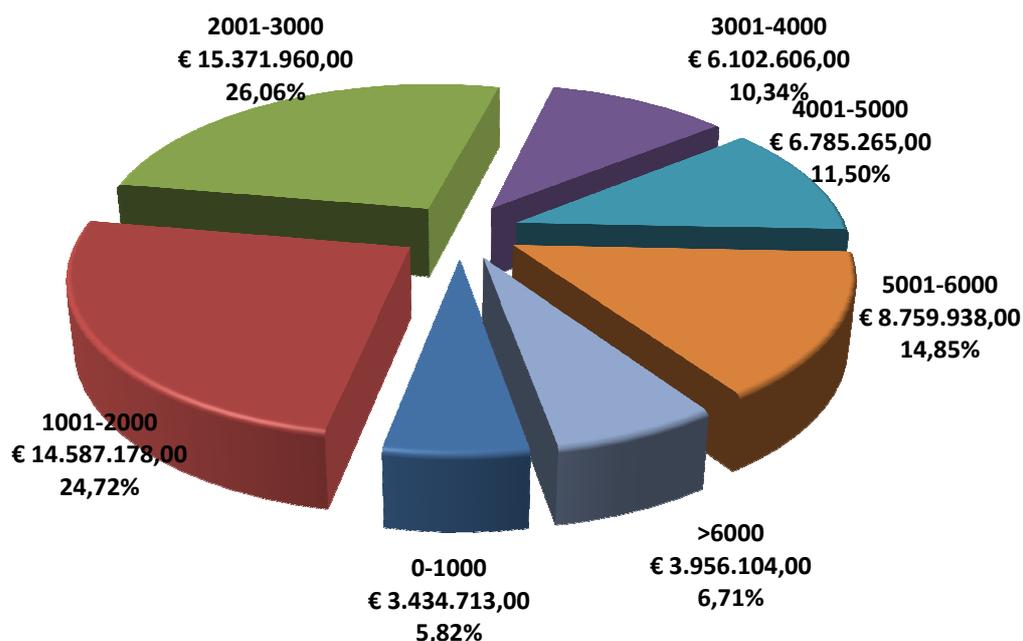


Grafico 32 - Spesa per scaglione di ADC. Anno 2009

Nella Tabella 80 riportiamo il numero degli utenti equivalenti totale, per ULSS ed i parziali relativi alle quattro tipologie di bisogno illustrate sopra, evidenziandone la percentuale rispetto al totale. L'ultima colonna rappresenta l'indice di copertura dell'ADC sul fabbisogno, ed è ottenuta confrontando il numero degli utenti equivalenti dell'ADC con il fabbisogno (cfr. Grafico 33).

ULSS	TOTALE UTENTI EQUIVALENTI ADC 2009	no alzheimer, no badante	% SU TOTALE	SOLO ALZHEIMER	% SU TOTALE	SOLO BADANTE	% SU TOTALE	ALZHEIMER + BADANTE	% SU TOTALE	Fabbisogno 2009	INDICE COPERTURA
1	366	205	55,90%	59	16,08%	74	20,10%	29	7,91%	1.002	36,6%
2	335	194	58,02%	39	11,70%	74	22,10%	27	8,19%	657	51,0%
3	570	346	60,66%	117	20,58%	77	13,47%	30	5,29%	842	67,7%
4	528	336	63,64%	76	14,30%	87	16,41%	30	5,65%	891	59,3%
5	610	390	63,86%	137	22,51%	54	8,91%	29	4,71%	802	76,1%
6	970	585	60,32%	177	18,28%	136	14,07%	71	7,33%	1.504	64,5%
7	911	525	57,62%	174	19,12%	138	15,19%	73	8,06%	1.197	76,1%
8	998	612	61,38%	246	24,70%	88	8,85%	51	5,06%	1.100	90,7%
9	1.513	923	61,01%	289	19,13%	207	13,71%	93	6,15%	1.962	77,1%
10	1.190	647	54,41%	285	23,98%	153	12,85%	104	8,76%	1.074	110,8%
12	1.480	813	54,92%	285	19,26%	264	17,87%	118	7,95%	2.351	63,0%
13	1.347	838	62,21%	274	20,34%	163	12,09%	72	5,35%	1.165	115,6%
14	654	490	74,90%	95	14,51%	63	9,67%	6	0,92%	631	103,6%
15	1.583	1.073	67,79%	224	14,12%	218	13,77%	68	4,32%	1.074	147,4%
16	1.898	1.120	59,02%	327	17,22%	303	15,95%	148	7,80%	2.196	86,4%
17	1.255	1.045	83,27%	51	4,07%	147	11,72%	12	0,93%	1.011	124,1%
18	1.505	1.038	68,96%	277	18,44%	127	8,46%	62	4,14%	1.083	138,9%
19	727	504	69,41%	158	21,73%	40	5,44%	25	3,43%	444	163,6%
20	1.661	1.152	69,38%	233	14,05%	210	12,62%	66	3,95%	2.507	66,2%
21	855	543	63,46%	200	23,38%	64	7,50%	48	5,66%	809	105,7%
22	869	538	61,92%	178	20,49%	113	13,06%	39	4,53%	1.233	70,4%
<b>REGIONE</b>	<b>21.824</b>	<b>13.918</b>	<b>63,77%</b>	<b>3.903</b>	<b>17,88%</b>	<b>2.802</b>	<b>12,84%</b>	<b>1.202</b>	<b>5,51%</b>	<b>25.535</b>	<b>85,5%</b>

Tabella 80 – ADC Anno 2009. Percentuali sul totale per tipologie di bisogno e determinazione dell'indice di copertura (rapporto utenti equivalenti ADC su fabbisogno) . Elaborazioni ARSS per Azienda ULSS su dati Clesius srl.

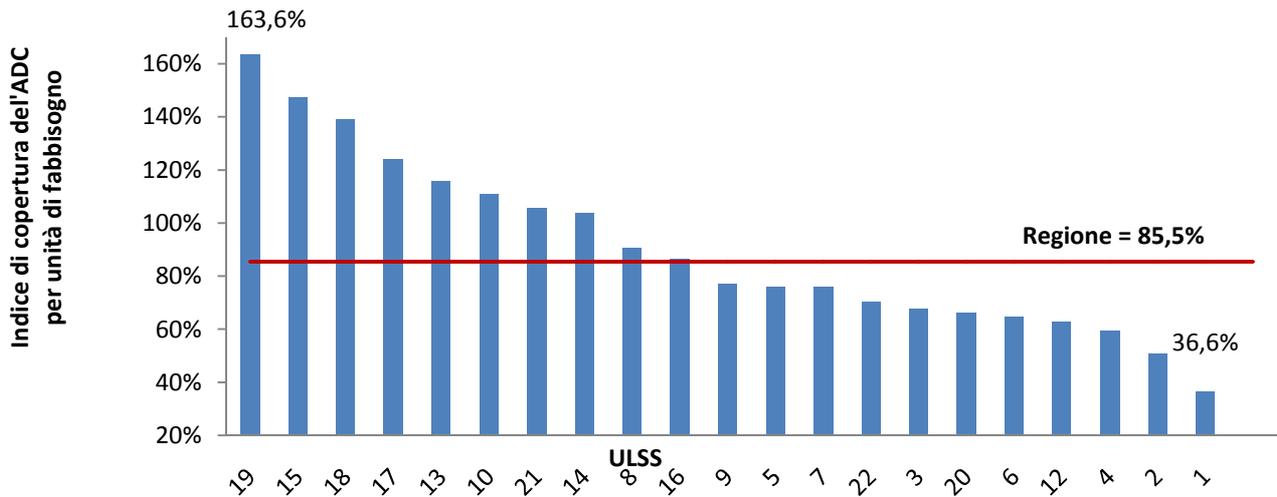


Grafico 33 – Indice di copertura dell'ADC: rapporto tra utenti equivalenti e unità di fabbisogno, per ULSS. Anno 2009.

### 3.3.1.3 I servizi ADI sanitari e socio sanitari

Per l'acquisizione delle informazioni sulle prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata, disciplinate dalla DGR 5273/1998, la Giunta regionale ha approvato gli standard regionali del Sistema Informativo di Distretto Socio Sanitario – modulo ADI (SID-ADI) con la DGR 1722/2004. Scopo del provvedimento è quello di «allestire un sistema informativo in grado di permettere l'acquisizione a livello aziendale di informazioni standardizzate, e dunque affidabili, pertinenti e confrontabili tra loro e un livello superiore, ovvero coerenti con gli obiettivi conoscitivi definiti, da cui siano successivamente derivabili gli indicatori di valutazione delle attività e dei servizi».

La rilevazione è costituita dagli utenti che ricevono trattamenti di assistenza domiciliare sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, erogati da tutti i soggetti che concorrono alla rete dei servizi, pubblici e privati, accreditati e convenzionati, sociali e sanitari, secondo contenuti informativi che consentono l'aggregazione attorno all'utente di prestazioni stratificate temporalmente.

La complessità di risposta ai bisogni assistenziali, comporta che i profili ADI previsti dalla DGR 5273/1998 non siano sufficienti a classificare l'utenza dell'ADI per profili. Un utente ADI potrebbe ricevere cure mediche e infermieristiche al contempo. Se classificato per profilo organizzativo, viene classificato per quello che comporta un maggiore impegno.

Con la DGR 1722/2004 è stato scelto di classificare i profili per intensità assistenziale, partendo dai bisogni di salute.

Dal flusso SID-ADI abbiamo perciò estrapolato i dati riguardanti gli accessi mensili **degli utenti anziani** ai seguenti servizi:

1. Assistenza MMG (Medico di medicina Generale) e PLS (Pediatra di Libera Scelta);
2. Assistenza infermiere;
3. Assistenza riabilitativa;
4. Assistenza specialistica;
5. Assistente sociale;
6. Assistente OTAA/OSA/OSS/OAA.

Come accennato in premessa, i dati rilevati si riferiscono all'anno 2010, in quanto alcune Aziende ULSS non avevano alimentato il datawarehouse negli anni precedenti.

La colonna "Totale accessi mese" rappresenta il numero di accessi, per ULSS, del servizio considerato.

La colonna "Totale utenti" è comprensiva degli utenti in ADI per tutte le classi di età.

La colonna “Media accessi mese rappresenta il rapporto tra le precedenti. Indica mediamente quante volte il servizio è eseguito nel corso di un mese, nell’anno 2010. Dal datawarehouse è inoltre possibile conoscere quanti utenti hanno 1 accesso, quanti 2 accessi, e così via...

Per l’assistenza dei MMG e quella infermieristica il dato è stato elaborato separando gli utenti con un numero di accessi mensili da 1 a 8 (circa 2 accessi settimanali) e gli utenti con più di 9 accessi, ricavandone le rispettive medie mensili.

### 1 - Assistenza MMG

ULSS	Totale Accessi mese	Totale utenti	Media Accessi mese	Totale Accessi mese	Totale utenti	Media Accessi mese	Totale Accessi mese	Totale utenti	Media Accessi mese
	Tutti gli utenti			Utenti da 1 a 8 accessi			Utenti con più di 8 accessi		
1	12.142	4.212	<b>2,88</b>	9.905	4.067	2,44	2.237	145	15,43
2	2.734	1.443	<b>1,89</b>	2.679	1.437	1,86	55	6	9,17
3	4.867	2.150	<b>2,26</b>	4.261	2.104	2,03	606	46	13,17
4	5.272	2.114	<b>2,49</b>	4.412	2.044	2,16	860	70	12,29
5	7.828	3.049	<b>2,57</b>	7.828	7.534	1,04			0,00
6	9.954	5.412	<b>1,84</b>	9.652	5.385	1,79	302	27	11,19
7	4.420	2.579	<b>1,71</b>	4.315	2.570	1,68	105	9	11,67
8	8.923	4.070	<b>2,19</b>	8.690	4.045	2,15	233	25	9,32
9	165	99	<b>1,67</b>	165	99	1,67			0,00
10	8.796	3.342	<b>2,63</b>	7.996	3.271	2,44	800	71	11,27
12	637	635	<b>1,00</b>	637	635	1,00			0,00
13	4.237	2.712	<b>1,56</b>	4.165	2.705	1,54	72	7	10,29
14	2.390	1.225	<b>1,95</b>	2.357	1.222	1,93	33	3	11,00
15	12.399	5.041	<b>2,46</b>	10.662	4.907	2,17	1.737	134	12,96
16	16.473	8.584	<b>1,92</b>	15.207	8.476	1,79	1.266	108	11,72
17	16.356	5.803	<b>2,82</b>	14.652	5.631	2,60	1.704	172	9,91
18	6.756	3.497	<b>1,93</b>	6.585	3.484	1,89	125	13	9,62
19	4.415	496	<b>8,90</b>	1.390	269	5,17	3.025	227	13,33
20	-	-	-						
21	8.734	3.247	<b>2,69</b>	23.843	3.138	7,60	1.404	109	12,88
22	15.109	6.160	<b>2,45</b>	15.109	5.930	2,55	3.369	230	14,65
REGIONE	152.607	65.870	2,32	209.807	68.953	3,04	17.933	1.402	12,79

Tabella 81 – Accessi di utenti anziani all’assistenza MMG in ADI, per ULSS. Anno 2010. Fonte: elaborazione ARSS da datawarehouse regionale

### 2 - Assistenza infermieristica

ULSS	Totale Accessi mese	Totale utenti	Media Accessi mese	Totale Accessi mese	Totale utenti	Media Accessi mese	Totale Accessi mese	Totale utenti	Media Accessi mese
	Tutti gli utenti			Utenti da 1 a 8 accessi			Utenti con più di 8 accessi		
1	38.816	7.421	<b>5,23</b>	16.758	5.906	2,84	28.810	1.880	15,32
2	16.997	4.573	<b>3,72</b>	11.375	4.104	2,77	5.622	469	11,99
3	11.790	2.309	<b>5,11</b>	7.294	1.927	3,79	5.480	505	10,85
4	45.199	9.904	<b>4,56</b>	23.473	8.436	2,78	15.909	1.468	10,84
5	29.562	4.103	<b>7,20</b>	11.362	3.169	3,59	18.200	934	19,49
6	27.738	8.389	<b>3,31</b>	19.960	7.892	2,53	9.164	651	14,08
7	24.644	5.142	<b>4,79</b>	12.618	4.343	2,91	12.026	799	15,05
8	41.905	9.885	<b>4,24</b>	23.049	8.447	2,73	18.856	1.438	13,11
9	41.206	10.484	<b>3,93</b>	21.933	9.309	2,36	19.273	1.175	16,40
10	33.365	9.696	<b>3,44</b>	22.011	8.842	2,49	11.354	854	13,30
12	5.236	1.868	<b>2,80</b>	4.108	1.770	2,32	1.128	98	11,51
13	34.547	8.891	<b>3,89</b>	20.493	7.858	2,61	14.054	1.033	13,61
14	11.817	2.232	<b>5,29</b>	5.912	1.800	3,28	5.905	432	13,67
15	34.249	10.143	<b>3,38</b>	24.405	9.353	2,61	9.844	790	12,46
16	65.201	16.859	<b>3,87</b>	37.412	14.719	2,54	27.789	2.140	12,99
17	29.782	8.874	<b>3,36</b>	22.104	8.223	2,69	7.678	651	11,79
18	18.652	5.161	<b>3,61</b>	11.457	4.591	2,50	7.195	570	12,62
19	7.032	2.057	<b>3,42</b>	5.633	1.935	2,91	1.399	122	11,47

20	6.085	970	6,27	2.823	735	3,84	3.262	235	13,88
21	23.241	5.402	4,30	12.675	4.602	2,75	10.566	800	13,21
22	31.981	8.400	3,81	20.202	7.443	2,71	11.779	957	12,31
<b>REGIONE</b>	<b>579.045</b>	<b>142.763</b>	<b>4,06</b>	<b>337.057</b>	<b>125.404</b>	<b>2,69</b>	<b>245.293</b>	<b>18.001</b>	<b>13,63</b>

Tabella 82 – Accessi di Assistenza infermieristica in ADI, per ULSS. Anno 2010. Fonte: elaborazione ARSS da datawarehouse regionale

Dividendo per 30 il numero totale di accessi di assistenza infermieristica al mese otteniamo un valore che possiamo definire come “numero di utenti equivalenti”. Si tratta del numero *teorico* di persone che, in un mese, avrebbero un accesso infermieristico al giorno.

ULSS	Totale accessi mese	Numero utenti equivalente	fabbisogno	%
1	38.816	1.293,87	1.002	129%
2	16.997	566,57	657	86%
3	11.790	393,00	842	47%
4	45.199	1.506,63	891	169%
5	29.562	985,40	802	123%
6	27.738	924,60	1.504	61%
7	24.644	821,47	1.197	69%
8	41.905	1.396,83	1.100	127%
9	41.206	1.373,53	1.962	70%
10	33.365	1.112,17	1.074	104%
12	5.236	174,53	2.351	7%
13	34.547	1.151,57	1.165	99%
14	11.817	393,90	631	62%
15	34.249	1.141,63	1.074	106%
16	65.201	2.173,37	2.196	99%
17	29.782	992,73	1.011	98%
18	18.652	621,73	1.083	57%
19	7.032	234,40	444	53%
20	6.085	202,83	2.507	8%
21	23.241	774,70	809	96%
22	31.981	1.066,03	1.233	86%
<b>REGIONE</b>	<b>579.045</b>	<b>19.301,50</b>	<b>25.535</b>	<b>76%</b>

Tabella 83 – Determinazione del numero di utenti equivalenti di accessi di assistenza infermieristica in ADI (anno 2010) e misurazione sul fabbisogno. Elaborazione ARSS

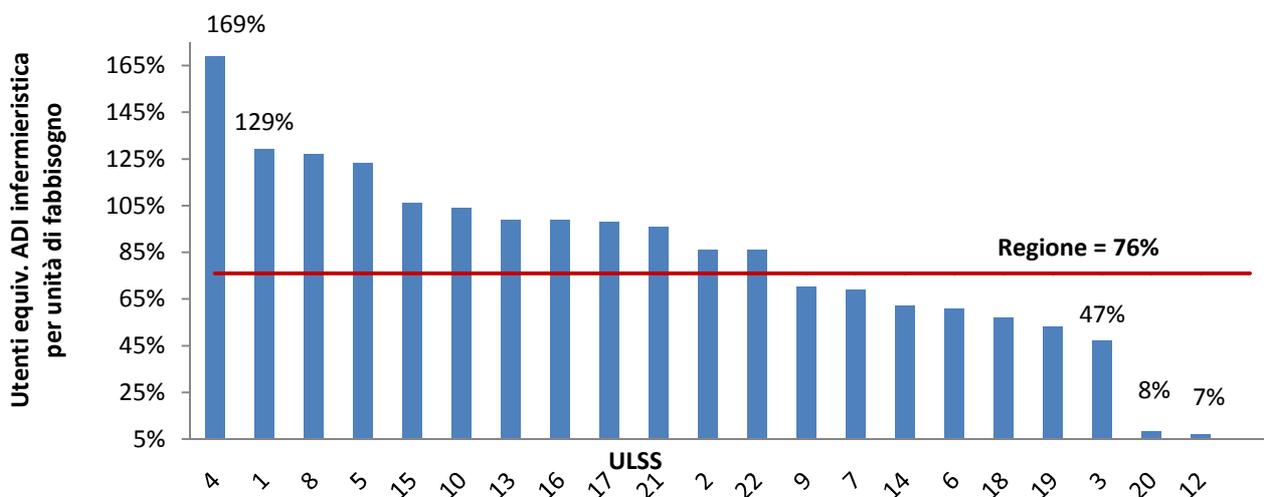


Grafico 34 – Utenti equivalenti di ADI infermieristica per unità di fabbisogno. Anno 2010. Elaborazione ARSS.

I valori più anomali appartengono alle Aziende ULSS che non hanno ancora implementato compiutamente il datawarehouse.

### 3 - Assistenza riabilitativa

ULSS	Totale Accessi mese	Totale utenti	Media Accessi mese
1	1.115	267	4,18
2			
3	133	79	1,68
4			
5			
6	444	283	1,57
7	386	381	1,01
8	6.881	3.229	2,13
9	342	331	1,03
10	296	49	6,04
12			
13	712	453	1,57
14			
15	724	597	1,21
16			
17	156	155	1,01
18			
19			
20			
21	277	122	2,27
22	876	834	1,05
<b>REGIONE</b>	<b>12.342</b>	<b>6.780</b>	<b>1,82</b>

Tabella 84 – Accessi di assistenza riabilitativa in ADI, per ULSS. Anno 2010. Fonte: elaborazione ARSS da datawarehouse regionale

### 4 - Assistenza specialistica

ULSS	Totale Accessi mese	Totale utenti	Media Accessi mese
1	1.115	267	4,18
2			
3	133	79	1,68
4			
5			
6	444	283	1,57
7	386	381	1,01
8	6.881	3.229	2,13
9	342	331	1,03
10	296	49	6,04
12			
13	712	453	1,57
14			
15	724	597	1,21
16			
17	156	155	1,01
18			
19			
20			
21	277	122	2,27
22	876	834	1,05
<b>REGIONE</b>	<b>12.342</b>	<b>6.780</b>	<b>1,82</b>

Tabella 85 – Accessi di assistenza specialistica in ADI, per ULSS. Anno 2010. Fonte: elaborazione ARSS da datawarehouse regionale

### 5 - Assistente sociale

ULSS	Totale Accessi mese	Totale utenti	Media Accessi mese
1	44	32	1,38
2	1.203	856	1,41
3			
4	632	415	1,52
5			
6			
7			
8	16	13	1,23
9			
10	-	-	-
12			
13			
14			
15	40	30	1,33
16			
17	1	1	1,00
18			
19	793	513	1,55
20			
21			
22	12.318	1.905	6,47
<b>REGIONE</b>	<b>15.047</b>	<b>3.765</b>	<b>4,00</b>

Tabella 86 – Accessi di assistente sociale in ADI, per ULSS. Anno 2010. Fonte: elaborazione ARSS da datawarehouse regionale

### 6 - Assistente OTAA/OSA/OSS/OAA

ULSS	Totale Accessi mese	Totale utenti	Media Accessi mese
1	17.080	1.714	10
2	20.560	1.775	12
3	1.139	86	13
4	8.539	681	13
5	80	60	1
6			
7			
8	13.707	977	14
9	330	169	2
10	-	-	-
12			
13	1	1	1
14			
15	26.918	2.981	9
16			
17			
18	147	22	7
19	1.170	318	4
20			
21			
22	35.887	2.593	14
<b>REGIONE</b>	<b>125.558</b>	<b>11.377</b>	<b>11,04</b>

Tabella 87 – Accessi di operatore assistenziale in ADI, per ULSS. Anno 2010. Fonte: elaborazione ARSS da datawarehouse regionale

La prima lettura delle tabelle qui sopra evidenzia la carente imputazione di informazioni nel datawarehouse regionale. I servizi di MMG/PLS (con eccezione della ULSS 20) e quello infermieristico sono rappresentati in maniera completa, diversamente dagli altri.

E' ancor più sporadica ed occasionale l'imputazione dei dati riferiti agli altri servizi previsti dalla DGR 1722/2004, che indichiamo nel seguente elenco (la cui numerazione segue quello precedente):

7. Contributo economico straordinario
8. Assistenza Servizio civile
9. Volontariato coordinato
10. Assistenza della rete informale
11. Telesoccorso
12. Fornitura di pasti a domicilio
13. Contributo economico continuativo
14. Contributo economico LR 28
15. Contributo Alzheimer (e altri regionali)
16. Assistenza protesica
17. Fornitura attrezzature
18. Assistenza farmaceutica ad erogazione diretta
19. Forniture particolari
20. Fornitura di materiale di consumo

### 3.3.2 Il finanziamento



#### 3.3.2.1 Servizi finanziati con il FRNA

La Tabella 88 illustra il riparto delle risorse per la domiciliarità, all'interno del FRNA, per l'anno 2009. Non si considerano i riparti riservati esclusivamente alle persone disabili (vita indipendente, ecc... che analizzeremo nel volume dedicato alla disabilità), mentre ricordiamo che assegno di cura e ADI-SAD comprendono invece anche interventi per persone disabili.

ULSS	ADI-SAD	Assegno di cura	Sollievo	Sportello integrato	TOTALE
1	663.189,08	954.138,00	168.007,90	30.750,00	1.816.084,98
2	588.182,80	1.108.723,00	147.045,70	30.750,00	1.874.701,50
3	603.532,05	1.833.477,00	434.543,08	30.750,00	2.902.302,13
4	941.755,25	1.364.205,96	227.844,01	30.750,00	2.564.555,22
5	579.016,71	1.569.983,26	231.120,12	30.750,00	2.410.870,09
6	1.143.223,11	2.470.801,12	418.669,15	30.750,00	4.063.443,38
7	709.864,59	2.562.069,92	266.199,22	30.750,00	3.568.883,73
8	840.915,07	2.633.606,00	303.214,57	30.750,00	3.808.485,63
9	1.112.055,79	4.096.524,70	500.425,10	30.750,00	5.739.755,59
10	1.064.192,40	3.712.726,30	478.886,58	30.750,00	5.286.555,28
12	1.480.981,12	3.854.575,00	462.806,60	30.750,00	5.829.112,72
13	711.229,46	3.900.155,00	355.614,73	30.750,00	4.997.749,20
14	426.443,60	2.735.510,00	191.899,62	30.750,00	3.384.603,22
15	785.480,80	4.190.194,72	353.466,36	30.750,00	5.359.891,88
16	1.146.544,71	4.400.506,00	536.560,33	30.750,00	6.114.361,05
17	822.529,00	3.241.721,98	312.561,02	30.750,00	4.407.562,00
18	615.069,60	3.968.187,78	276.781,32	30.750,00	4.890.788,70
19	260.499,40	1.692.441,00	117.224,73	30.750,00	2.100.915,13
20	2.389.623,55	3.951.010,72	637.232,95	30.750,00	7.008.617,22
21	434.802,68	2.300.982,00	223.612,81	30.750,00	2.990.147,49

<b>22</b>	1.127.880,72	2.216.818,00	342.936,70	30.750,00	3.718.385,42
<b>TOT</b>	<b>18.447.011,48</b>	<b>58.758.357,46</b>	<b>6.986.652,60</b>	<b>645.750,00</b>	<b>84.837.771,54</b>

Tabella 88 – Riparto del Fondo per la domiciliarità per anziani (e disabili). Anno 2009. Elaborazione da DGR 3591/2009

### *Lo Sportello Integrato*

Elemento qualificante della rete dei servizi per la domiciliarità, per agevolare l'accesso dei cittadini alle informazioni sulle opportunità e alle prestazioni del sistema della domiciliarità. E' un punto di accesso unitario, a livello almeno distrettuale. La sua attivazione incrementa e misura l'efficacia, l'efficienza e la qualità dell'intero sistema della domiciliarità. A questo scopo, dal 2008 viene erogato un contributo in forma fissa per ciascuna ULSS.

Questo contributo è stato utilizzato con due finalità:

- A. Assunzione di personale per potenziare il servizio, coordinando il lavoro degli operatori già in servizio
- B. Informatizzazione delle procedure per ottimizzare il funzionamento dello sportello integrato in ogni comune del territorio.

Le medesime funzioni sono svolte nell'ambito della disabilità, integrando, ove costituiti, gli informa handicap. I valori del riparto per lo sportello integrato sono illustrati nella Tabella 88.

La Tabella 89 mette in rapporto con il fabbisogno il finanziamento per tipologia di intervento (escluso sportello integrato) e nel suo totale complessivo.

ULSS	<i>fabbisogno</i>	ADI-SAD	Assegno di cura	Sollievo	TOTALE (con sportello integrato)
1	1.002	661,87	952,23	167,67	1.812,46
2	657	895,26	1.687,55	223,81	2.853,43
3	842	716,78	2.177,53	516,08	3.446,91
4	891	1.056,96	1.531,10	255,72	2.878,29
5	802	721,97	1.957,59	288,18	3.006,07
6	1.504	760,12	1.642,82	278,37	2.701,76
7	1.197	593,04	2.140,41	222,39	2.981,52
8	1.100	764,47	2.394,19	275,65	3.462,26
9	1.962	566,80	2.087,93	255,06	2.925,46
10	1.074	990,87	3.456,91	445,89	4.922,30
12	2.351	629,94	1.639,55	196,86	2.479,42
13	1.165	610,50	3.347,77	305,25	4.289,91
14	631	675,82	4.335,20	304,12	5.363,87
15	1.074	731,36	3.901,48	329,11	4.990,59
16	2.196	522,11	2.003,87	244,34	2.784,32
17	1.011	813,58	3.206,45	309,16	4.359,61
18	1.083	567,93	3.664,07	255,57	4.515,96
19	444	586,71	3.811,80	264,02	4.731,79
20	2.507	953,18	1.575,99	254,18	2.795,62
21	809	537,46	2.844,23	276,41	3.696,10
22	1.233	914,75	1.797,91	278,13	3.015,72
<b>TOT</b>	<b>25.535</b>	<b>722,42</b>	<b>2.301,09</b>	<b>273,61</b>	<b>3.322,41</b>

Tabella 89 – Quote per unità di fabbisogno relative al riparto di ADI-SAD, ADC e Sollievo. Anno 2009

Confrontiamo per ULSS i valori ottenuti , utilizzando i seguenti grafici.

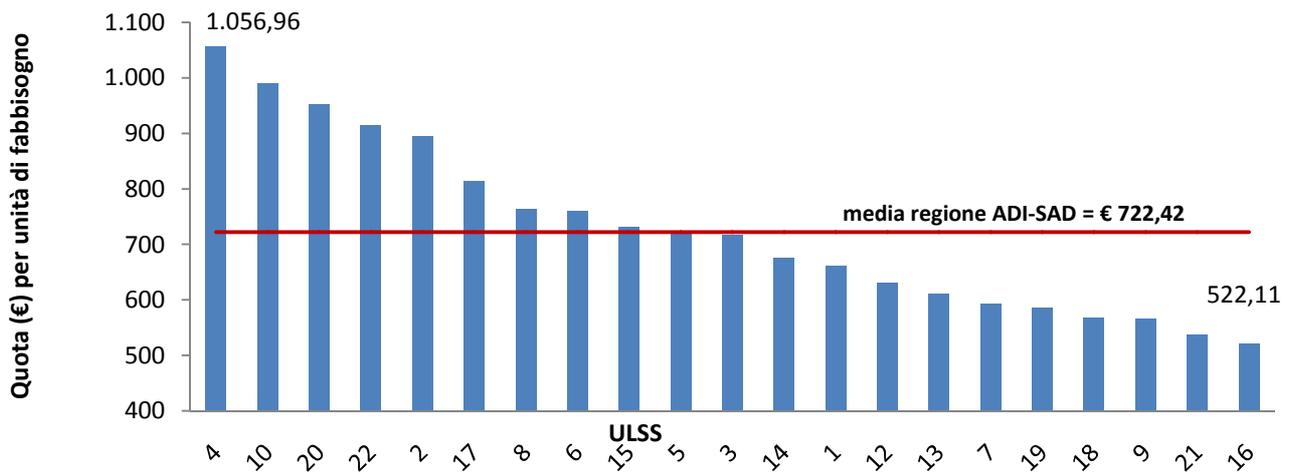


Grafico 35 – Confronto tra ULSS delle quote per unità di fabbisogno del riparto per l'ADI-SAD. Anno 2009.

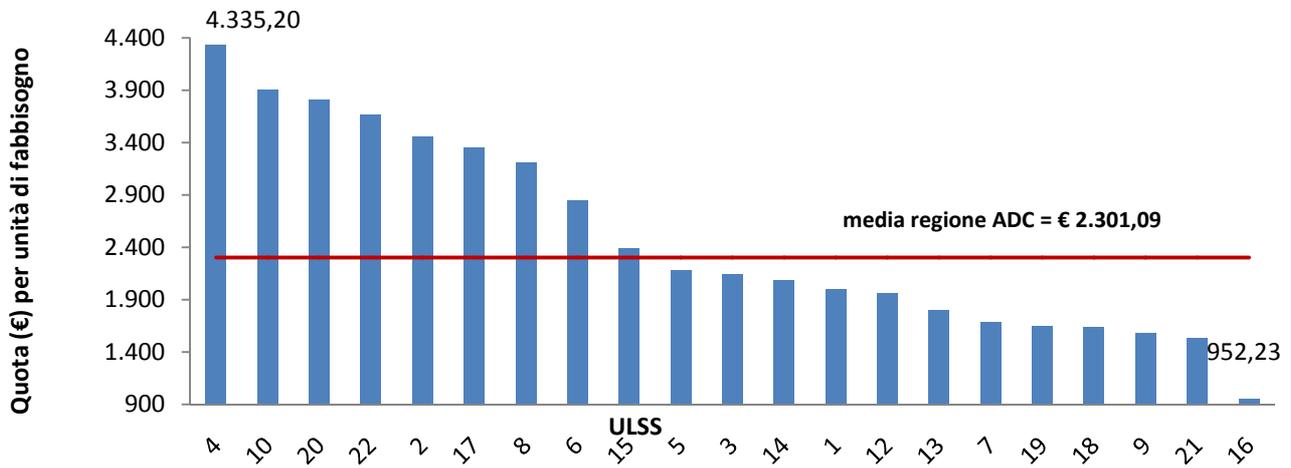


Grafico 36 – Confronto tra ULSS delle quote per unità di fabbisogno del riparto per l'Assegno di Cura. Anno 2009.

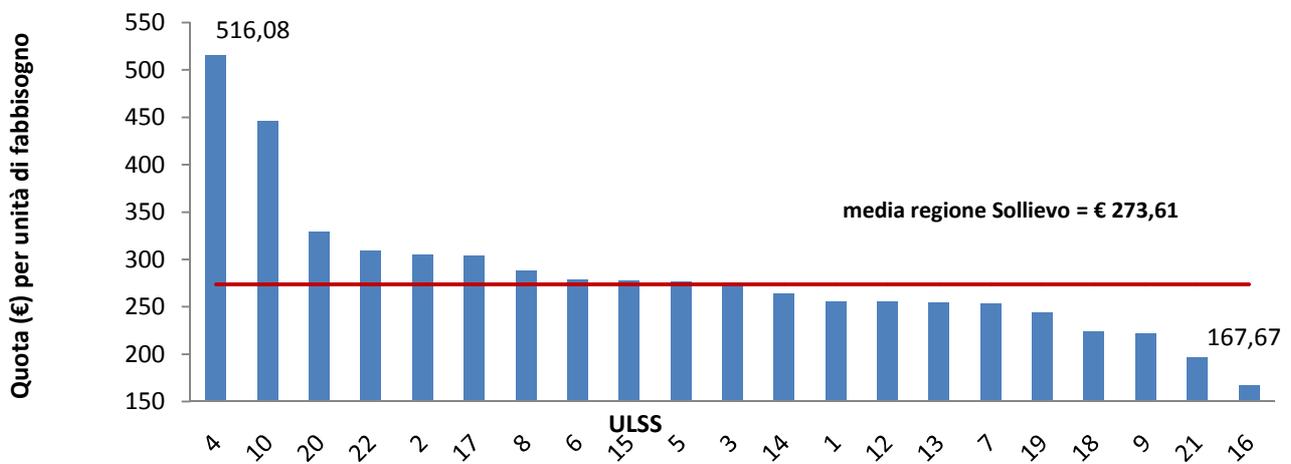


Grafico 37 – Confronto tra ULSS delle quote per unità di fabbisogno del riparto per il Sollievo. Anno 2009.

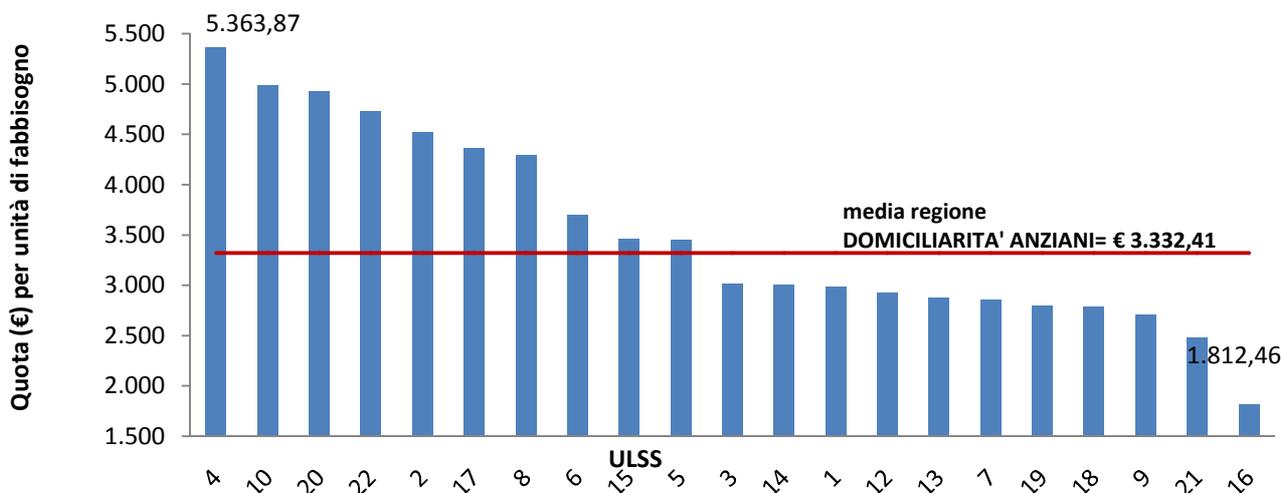


Grafico 38 – Confronto tra ULSS delle quote per unità di fabbisogno del riparto complessivo della Domiciliarità (esclusi interventi esclusivi per la disabilità). Anno 2009.

### 3.3.2.2 I servizi ADI sanitari e socio sanitari

Il finanziamento dei servizi ADI sanitari e socio-sanitari avviene con il riparto del fondo indistinto per l'assistenza distrettuale all'interno del FSR.

In questo caso ribalteremo l'analisi partendo dai costi, come rilevati nel paragrafo successivo.

### 3.3.3 I costi: la rilevazione dai bilanci delle ULSS



#### 3.3.3.1 La rilevazione dei costi dalle tavole FNA

Analogamente al paragrafo 2.3.9.1, la Tabella 90 riporta i dati riguardanti il fondo per la non autosufficienza limitatamente all'area della domiciliarità.

Le colonne sono date dalla sommatoria delle colonne relative alla domiciliarità che abbiamo già visto nella Tabella 9, senza però fare distinzione tra risorse provenienti dal FSR e quelle provenienti dal riparto del fondo nazionale per la non autosufficienza.

E' opportuno evidenziare che in questo caso la voce "Altro" comprende anche il finanziamento base per la domiciliarità delle persone disabili (pari a 16,4 milioni di €) e l'assegnazione per progetti innovativi presso i CEOD (pari a 1,025 milioni di €)<sup>18</sup>, il cui utilizzo sarà approfondito nel lavoro che dedicheremo alla disabilità.

descrizione	ADC	Altro (ADI-SAD, Sportello integrato, Domiciliarità disabili)	TOTALE
<b>Z990000000(RISULTATO DI ESERCIZIO)</b>	<b>-644.019,72</b>	5.854.096,59	5.210.076,87
<b>F990000000(Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E))</b>	<b>-644.019,72</b>	5.863.606,38	5.219.586,66
<b>A000000000 (A) Valore della produzione</b>	58.159.605,04	50.548.485,93	108.708.090,97
<b>RIPARTO REGIONALE 2009</b>	<b>58.758.357,46</b>	<b>52.316.590,54</b>	<b>111.074.948,00</b>
<b>A010000000 (A.1) Contributi in c/esercizio)</b>	58.159.605,04	50.548.485,93	108.708.090,97
Indistinto FS	40.915.053,79	47.444.168,13	88.359.221,92
Vincolato FS	829.752,29	0,00	829.752,29

<sup>18</sup> Cfr. Allegato A della DGR 3591/2009.

<b>Extrafondo</b>	16.414.798,96	3.104.317,80	19.519.116,76
<b>B000000000 (B) Costi della produzione</b>	58.803.624,76	44.684.875,34	103.488.500,10
<b>B010000000 (B.1) Acquisti di beni)</b>	0,00	342.808,74	342.808,74
<b>B02A000000 (B.2.A) Acquisti servizi sanitari)</b>	58.803.624,76	42.603.026,82	101.406.651,58
<b>B02A050000 (B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base</b>	0,00	479.521,59	479.521,59
<b>B02A250000 (B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa e protesica</b>	0,00	8.701,79	8.701,79
<b>B02A350000 (B.2.A.7) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale)</b>	0,00	449.329,48	449.329,48
<b>B02A400000 (B.2.A.8) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci e File F)</b>	0,00	98.093,18	98.093,18
<b>B02A500000 (B.2.A.10) Acquisto prestazioni trasporto sanitari)</b>	0,00	124.319,11	124.319,11
<b>B02A550000 (B.2.A.11) Acquisto prestazioni Socio-Sanitaria a rilevanza sanitaria)</b>	13.809.160,75	21.797.202,47	35.606.363,22
<b>B02A700000 (B.2.A.13) Rimborsi, assegni e contributi sanitari)</b>	42.693.482,01	18.905.650,72	61.599.132,73
<b>B02A800000 (B.2.A.15) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria)</b>	2.300.982,00	572.699,89	2.873.681,89
<b>B02B000000 (B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari)</b>	0,00	111.529,51	111.529,51
<b>B030000000 (B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)</b>	0,00	7.911,38	7.911,38
<b>B040000000 (B.4) Godimento di beni di terzi)</b>	0,00	202,61	202,61
<b>B050000000 (B.5) Totale Costo del personale)</b>	0,00	1.461.588,16	1.461.588,16
<b>B060000000 (B.6) Oneri diversi di gestione)</b>	0,00	956,22	956,22
<b>B070000000 (B.7) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali)</b>	0,00	92.923,80	92.923,80
<b>B080000000 (B.8) Totale Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali)</b>	0,00	63.928,09	63.928,09
<b>(Totale proventi e oneri finanziari, straordinari e rettifiche)</b>	0,00	-4,21	-4,21
<b>E020000000 (E.2) Oneri straordinari)</b>	0,00	4,21	4,21
<b>Y000000000 (Y) Imposte e tasse)</b>	0,00	9.509,79	9.509,79

Tabella 90 – Valori relativi al FRNA (riparto da FSR e fondo nazionale per la non autosufficienza), area domiciliarità anziani e disabili, all'interno dei conti economici delle ULSS. Anno 2009. Elaborazione ARSS su dati forniti dalle Aziende ULSS alla Segreteria regionale alla Sanità.

Diversamente dalla residenzialità, la domiciliarità, come avevamo già notato (§1.4.2), non presenta uno squilibrio negativo ad eccezione dell'ADC.

Il risultato di esercizio relativo alla domiciliarità per ciascuna ULSS è evidenziato dalla tabella seguente.

ULSS	Riparto domiciliarità FRNA 2009	Valore della produzione	Costo della produzione	Risultato di esercizio domiciliarità	Differenza riparto - costi di produzione
1	2.616.227,53	2.616.227,53	2.164.270,00	451.957,53	451.957,53
2	2.636.187,63	2.636.187,64	2.314.193,42	312.480,22	321.994,21
3	3.981.470,74	3.870.900,83	3.245.535,20	625.365,63	735.935,54
4	3.542.596,93	3.542.596,93	3.319.414,03	223.182,90	223.182,90
5	3.641.118,98	3.036.807,53	3.036.807,53	0,00	604.311,45
6	5.774.688,48	5.774.688,48	5.255.841,47	518.847,01	518.847,01
7	4.857.157,86	4.856.666,72	3.912.360,59	944.306,13	944.797,27
8	4.872.785,63	4.872.785,63	4.473.834,28	398.951,35	398.951,35
9	7.859.847,17	7.200.317,80	7.200.317,80	0,00	659.529,37
10	6.318.740,77	6.318.740,77	5.792.819,43	525.921,34	525.921,34
12	7.301.801,51	7.301.801,51	6.611.494,90	690.306,61	690.306,61
13	6.330.446,94	5.960.133,63	5.352.009,07	608.124,56	978.437,87
14	4.039.087,93	4.039.087,93	3.161.953,26	877.134,67	877.134,67
15	6.936.896,68	6.936.896,68	7.641.664,35	-704.767,67	-704.767,67
16	8.145.010,77	8.145.010,77	6.827.428,62	1.317.582,15	1.317.582,15
17	5.309.712,93	5.309.712,93	4.784.268,75	525.444,18	525.444,18
18	5.728.551,24	5.728.551,24	4.583.257,34	1.145.293,90	1.145.293,90

19	2.460.674,60	2.460.674,60	3.734.987,19	-1.274.312,59	-1.274.312,59
20	9.709.823,21	9.709.823,21	11.360.037,83	-1.650.214,62	-1.650.214,62
21	3.703.223,16	3.533.968,60	3.533.968,60	0,00	169.254,56
22	5.308.898,24	4.856.510,01	5.182.036,43	-325.526,42	126.861,81
<b>TOTALE</b>	<b>111.074.948,95</b>	<b>108.708.090,97</b>	<b>103.488.500,09</b>	<b>5.210.076,88</b>	<b>7.586.448,86</b>

Tabella 91 – Risultato di esercizio, per ULSS, relativo alla voce domiciliarità (anziani più disabili) ricavata dalle tavole FNA. Rapporto tra riparto regionale (DGR 2584/2009) e costi della produzione. Anno 2009.

Nell'ultima colonna evidenziamo il saldo (positivo, ad eccezione delle ULSS 15, 19 e 20) tra il riparto regionale per la domiciliarità effettuato con la DGR 2584/2009 e i costi di produzione relativi alla domiciliarità nelle tavole FNA.

Ricordiamo che la DGR 2584/2009 ha disposto che l'importo della colonna G dell'Allegato B (cfr. Tabella 3 in Appendice) venga «messo a disposizione del territorio dei riferimento al fine di assicurare la flessibilità necessaria per il raggiungimento degli obiettivi della programmazione regionale e locale, in particolare per lo sviluppo dei servizi e degli interventi per la domiciliarità (...)».

### 3.3.3.2 La rilevazione dei costi dai modelli LA

Per quanto riguarda i costi rilevabili dai modelli LA – dei quali, ricordiamo, abbiamo parlato nei paragrafi 1.4.1 e 2.2.5 e, per quanto riguarda la residenzialità, nel § 2.3.9.2 – nella Tabella 92 abbiamo raccolto il dato di costo per il livello assistenziale relativo all'Assistenza programmata a domicilio<sup>19</sup> per l'anno 2009.

ULSS	Consumi e manutenzioni di esercizio - sanitari	Consumi e manutenzioni di esercizio - non sanitari	Costi per acquisti di servizi: prestazioni sanitarie	Costi per acquisti di servizi: servizi sanitari per erogazione di prestazioni senza libera professione	Costi per acquisti di servizi non sanitari	Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O
1	31	8	356	7	13	948	2	112	261	16	21	20	1.795
2	457	67	817	192	179	1.077	3	242	50	42	11	46	3.183
3	415	78	1.263	3.619	168	1.378	3	53	68	475	218	68	7.806
4	1.321	36	0	19	134	1.438	5	51	217	77	10	42	3.350
5	27	5	512	47	35	241	1	39	68	10	69	7	1.061
6	60	16	2.263	29	124	389	1	29	49	25	2	18	3.005
7	59	2	1.523	3.505	34	211	0	3	12	10	4	4	5.367
8	332	93	1.051	251	305	2.424	5	147	0	118	0	1	4.727
9	798	68	1.604	6.651	394	4.008	10	224	238	84	17	53	14.149
10	616	154	2.360	970	596	4.361	13	316	844	115	193	109	10.647
12	1.552	16	875	75	573	3.845	16	167	209	559	308	623	8.818
13	368	13	13	99	489	1.872	2	150	169	66	99	66	3.406
14	543	2	640	5	97	991	2	17	236	4	10	12	2.559
15	1.033	248	3.262	6.839	440	2.392	5	306	285	61	49	72	14.992
16	920	24	0	3.403	429	3.939	19	263	362	364	270	630	10.623
17	364	58	2.174	836	207	2.200	5	166	259	82	8	35	6.394
18	466	20	49	333	42	714	0	0	10	77	0	19	1.730
19	14	2	708	398	12	63	1	11	10	4	2	4	1.229

<sup>19</sup> Sempre per gli 'addetti ai lavori' la riga estrapolata è la 20.801

20	773	98	3.202	3.197	1.405	2.593	20	213	879	573	161	241	13.355
21	440	16	2.122	309	377	1.328	2	85	136	68	8	52	4.943
22	808	21	1.441	906	130	936	2	15	145	77	31	44	4.556
<b>TOT</b>	<b>11.397</b>	<b>1.045</b>	<b>26.235</b>	<b>31.690</b>	<b>6.183</b>	<b>37.348</b>	<b>117</b>	<b>2.609</b>	<b>4.507</b>	<b>2.907</b>	<b>1.491</b>	<b>2.166</b>	<b>127.695</b>

Valori in migliaia di €

Tabella 92 – Valori degli LA relativi all'Assistenza programmata a domicilio. Elaborazione ARSS su modelli LA, anno 2009

Rapportato al fabbisogno, il valore degli LA, per ULSS, è rappresentabile con la Tabella 93 e il Grafico 39.

ULSS	LA domiciliarietà	Fabbisogno 2009	quota per unità di fabbisogno
1	1.795.000	1.002	1.791,42
2	3.183.000	657	4.844,75
3	7.806.000	842	9.270,78
4	3.350.000	891	3.759,82
5	1.061.000	802	1.322,94
6	3.005.000	1.504	1.998,01
7	5.367.000	1.197	4.483,71
8	4.727.000	1.100	4.297,27
9	14.149.000	1.962	7.211,52
10	10.647.000	1.074	9.913,41
12	8.818.000	2.351	3.750,74
13	3.406.000	1.165	2.923,61
14	2.559.000	631	4.055,47
15	14.992.000	1.074	13.959,03
16	10.623.000	2.196	4.837,43
17	6.394.000	1.011	6.324,43
18	1.730.000	1.083	1.597,41
19	1.229.000	444	2.768,02
20	13.355.000	2.507	5.327,08
21	4.943.000	809	6.110,01
22	4.556.000	1.233	3.695,05
<b>Totale</b>	<b>127.695.000</b>	<b>25.535</b>	<b>5.000,78</b>

Tabella 93 – Misurazione sul fabbisogno, per ULSS, dei costi degli LA relativi all'ADI. Anno 2009.

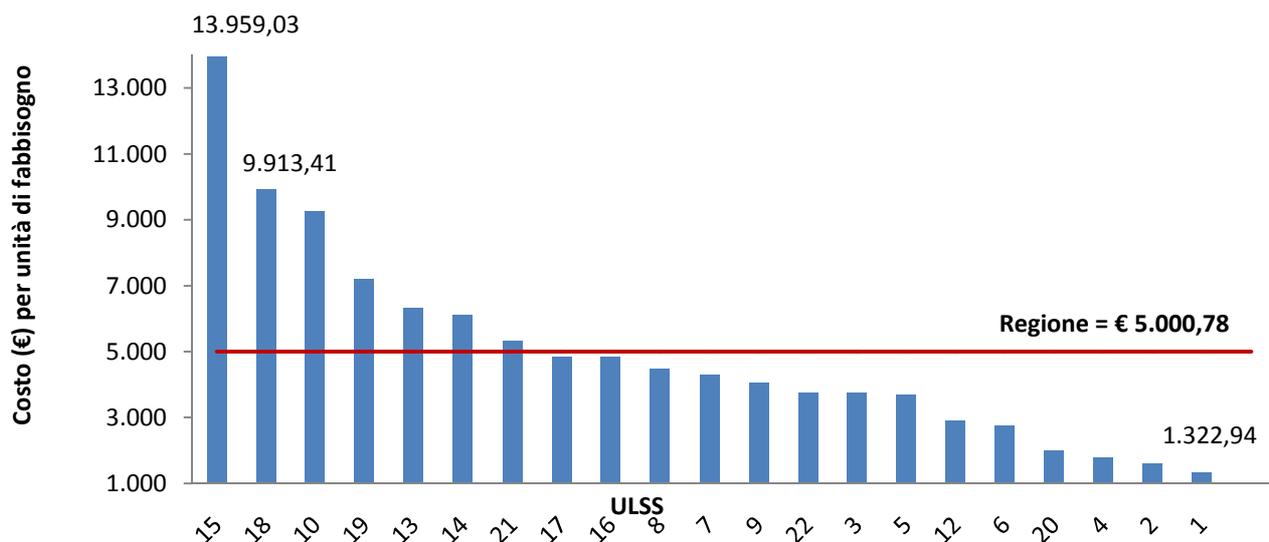


Grafico 39 – Misurazione per unità di fabbisogno dei costi degli LA relativi all'ADI. Anno 2009

**Riteniamo non sia al momento possibile determinare un costo unitario per servizio utilizzando i dati di produzione attualmente in possesso, ricavati dal datawarehouse regionale.**

Anche in questo caso è utile prospettare la costruzione di uno strumento di raccolta di dati di costo che scinda il valore complessivo del sub livello assistenziale ADI negli LA, nel valore dei singoli servizi prodotti per:

1. Assistenza MMG (Medico di medicina Generale) e PLS (Pediatra di Libera Scelta);
2. Assistenza infermiere;
3. Assistenza riabilitativa;
4. Assistenza specialistica.

### 3.3.3.3 Quadro d'insieme sui costi della domiciliarità

I costi di quali prestazioni di assistenza domiciliare vengono rilevati dagli LA? E quali all'interno delle tavole FNA?

Affrontare in maniera unitaria, per la prima volta, la tematica della domiciliarità porta inevitabilmente a formulare questi quesiti con lo scopo di ricostruire la dinamica del finanziamento e della misurazione dei costi dell'intera gamma dei servizi domiciliari per le persone non autosufficienti.

**Se vogliamo confrontare la residenzialità con la domiciliarità dobbiamo creare due dati misurabili in maniera omogenea.** Questo esempio aiuta a chiarire: nella residenzialità le impegnative – finanziate dal FRNA – comprendono l'assistenza infermieristica presso i centri di servizio; la medesima attività, a livello domiciliare, è sostenuta con il FSR e non dal FRNA.

E' perciò necessario individuare un modello di rilevazione che possibilmente dal 2011 ci fornisca un risultato che tenga conto insieme dell'intero insieme delle prestazioni, del fabbisogno economico e dei costi, in analogia con lo schema di pagina 11.

Questi dati sono attualmente disponibili in maniera disomogenea.

Non è infatti chiaro, o univoco, se la rilevazione degli LA contenga o meno i costi relativi al FRNA rilevati con le tavole FNA. Abbiamo già dedotto (cfr. §3.2.3) che i totali a livello regionale dell'**Assegno di cura**, per esempio, sono superiori a qualunque macrovoce economica rilevata con i modelli LA. Le possibilità sono due: che solo alcune ULSS rilevino l'ADC negli LA ovvero che nessuna ULSS lo faccia. Questa seconda ipotesi è maggiormente suffragata dalle linee guida per la compilazione dei modelli LA che affermano che «in tale livello dovranno essere indicati, laddove presenti dalla normativa regionale *in alternativa* alla erogazione dell'ADI, i contributi economici per l'assistenza sanitaria domiciliare (assegno di cura, voucher, ecc.)»: nel sistema veneto l'ADC è un servizio integrativo e non alternativo all'ADI, e perciò non sembrerebbe rientrare tra le voci da rilevare nel modello LA.

Alla stessa conclusione potremmo giungere riguardo l'**ADI-SAD**. Anche in questo caso possiamo ipotizzare due casi: che l'ADI-SAD sia rilevata solo dalle ULSS delegate dai comuni (diversamente il contributo regionale figurerebbe solo come una partita di giro da erogare ai comuni), ovvero che nessuna ULSS le rilevi dal momento che nelle linee guida la fattispecie "assistenza programmata a domicilio" sembra riguardare solo l'attività del personale medico (ADP) infermieristico e di riabilitazione.

Per quanto riguarda **Sollievo** e **Sportello integrato**, data l'esiguità delle risorse rispetto al totale, postuliamo che non siano rilevati con gli LA.

In sintesi, perciò, proviamo a formulare la seguente equazione:



Per completezza dobbiamo tener conto che:

1. Nei costi rilevati con le tavole FNA sono presenti anche i costi dell'area sociale del bilancio delle ULSS (relativi all'ADC).
2. Sempre nelle tavole FNA sono presenti in toto anche i costi della domiciliarità delle persone disabili.
3. Nei costi rilevati dagli LA sono presenti, oltre ai costi relativi alle persone anziane, anche i costi dell'assistenza domiciliare delle persone disabili, dei malati terminali, dei malati di Alzheimer (di ogni età) delle persone affette da HIV e altri soggetti aventi diritto.

Le misurazioni che faremo saranno effettuate sul valore lordo di questi costi.

ULSS	LA	FNA	LA + FNA
1	1.795.000,00	2.164.270,00	3.959.270,00
2	3.183.000,00	2.314.193,42	5.497.193,42
3	7.806.000,00	3.245.535,20	11.051.535,20
4	3.350.000,00	3.319.414,03	6.669.414,03
5	1.061.000,00	3.036.807,53	4.097.807,53
6	3.005.000,00	5.255.841,47	8.260.841,47
7	5.367.000,00	3.912.360,59	9.279.360,59
8	4.727.000,00	4.473.834,28	9.200.834,28
9	14.149.000,00	7.200.317,80	21.349.317,80
10	10.647.000,00	5.792.819,43	16.439.819,43
12	8.818.000,00	6.611.494,90	15.429.494,90
13	3.406.000,00	5.352.009,07	8.758.009,07
14	2.559.000,00	3.161.953,26	5.720.953,26
15	14.992.000,00	7.641.664,35	22.633.664,35
16	10.623.000,00	6.827.428,62	17.450.428,62
17	6.394.000,00	4.784.268,75	11.178.268,75
18	1.730.000,00	4.583.257,34	6.313.257,34
19	1.229.000,00	3.734.987,19	4.963.987,19
20	13.355.000,00	11.360.037,83	24.715.037,83
21	4.943.000,00	3.533.968,60	8.476.968,60
22	4.556.000,00	5.182.036,43	9.738.036,43
<b>Totale</b>	<b>127.695.000,00</b>	<b>103.488.500,09</b>	<b>231.183.500,09</b>

Tabella 94 – Sommatoria dei costi per la domiciliarità rilevati con i modelli LA e con le tavole FNA (costi di produzione). Anno 2009

Dividendo il valore totale dei costi per il fabbisogno, individuiamo così una quota dei costi per unità di fabbisogno che confronteremo, nel capitolo 4, con il corrispondente valore relativo alla residenzialità.

ULSS	Totale costi Domiciliarità LA + FNA	Fabbisogno 2009	Costo per quota di unità di fabbisogno
1	3.959.270,00	1.002	3.951,37
2	5.497.193,42	657	8.367,11
3	11.051.535,20	842	13.125,34
4	6.669.414,03	891	7.485,31
5	4.097.807,53	802	5.109,49
6	8.260.841,47	1.504	5.492,58
7	9.279.360,59	1.197	7.752,18
8	9.200.834,28	1.100	8.364,39
9	21.349.317,80	1.962	10.881,41
10	16.439.819,43	1.074	15.307,09
12	15.429.494,90	2.351	6.562,95
13	8.758.009,07	1.165	7.517,60
14	5.720.953,26	631	9.066,49
15	22.633.664,35	1.074	21.074,18
16	17.450.428,62	2.196	7.946,46
17	11.178.268,75	1.011	11.056,65

18	6.313.257,34	1.083	5.829,42
19	4.963.987,19	444	11.180,15
20	24.715.037,83	2.507	9.858,41
21	8.476.968,60	809	10.478,33
22	9.738.036,43	1.233	7.897,84
<b>Totale</b>	<b>231.183.500,09</b>	<b>25.535</b>	<b>9.053,59</b>

Tabella 95 – Misurazione sul fabbisogno, per ULSS, dei costi totali della domiciliarità. Anno 2009.

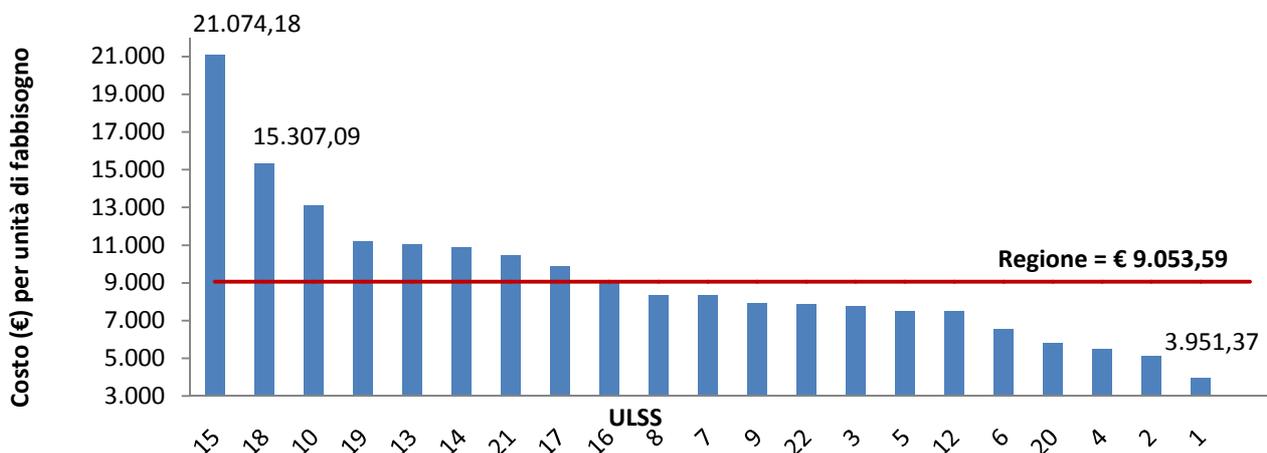


Grafico 40 – Misurazione per unità di fabbisogno dei costi totali della domiciliarità. Anno 2009.

### 3.4 Quadro di sintesi per ULSS



In analogia con il capitolo 2.5 – al quale rinviamo per quanto riguarda la metodologia utilizzata – rappresentiamo nei seguenti grafici radiali una serie di valori per ciascuna ULSS misurati sul fabbisogno regionale. Per quanto riguarda i dati di produzione la misurazione è stata condotta anche mettendo in rapporto l'ADI-SAD e l'ADC con gli utenti totali dell'ADI rilevati dal datawarehouse regionale.

E' l'unico modo per mettere in relazione queste due misure, fino a che non sarà possibile rilevare da parte delle ULSS a livello di ciascun singolo utente se è percettore di ADC e/o di servizi ADI-SAD e/o di ADI.

#### 3.4.1 Confronto sui servizi

Abbiamo scelto di rappresentare i seguenti indicatori che sono misurati rispetto all'anno 2009 per quanto riguarda ADI-SAD e ADC e per il 2010 relativamente ai rimanenti dati:

1. Rapporto tra utenti ADI-SAD e fabbisogno;
2. Rapporto tra percettori di Assegno di cura e fabbisogno;
3. Rapporto tra utenti equivalenti di accesso di ADI infermieristico con fabbisogno;
4. Rapporto tra utenti ADI-SAD e utenti ADI totale;
5. Rapporto tra percettori ADC e utenti ADI totale.

I dati di confronto, per ULSS, sono presenti nella Tabella 96.

ULSS	fabbisogno 2009	ADI-SAD /fabbisogno	ADC /fabbisogno	ADI infermiere (utenti equivalenti) /fabbisogno	ADI-SAD /utenti ADI totale	ADC /utenti ADI totale	utenti ADI totale
1	1.002	60,6%	36,6%	129,0%	11,4%	6,9%	5.309
2	657	128,3%	51,0%	86,0%	27,3%	10,9%	3.084

3	842	39,3%	67,7%	47,0%	14,8%	25,6%	2.232
4	891	88,9%	59,3%	169,0%	12,3%	8,2%	6.465
5	802	58,5%	76,1%	123,0%	13,5%	17,6%	3.468
6	1.504	48,1%	64,5%	61,0%	9,0%	12,0%	8.064
7	1.197	55,6%	76,1%	69,0%	14,2%	19,5%	4.677
8	1.100	93,6%	90,7%	127,0%	14,2%	13,7%	7.259
9	1.962	36,5%	77,1%	70,0%	9,9%	20,9%	7.230
10	1.074	131,5%	110,8%	104,0%	22,0%	18,5%	6.418
12	2.351	25,2%	63,0%	7,0%	21,8%	54,5%	2.718
13	1.165	50,9%	115,6%	99,0%	9,9%	22,6%	5.969
14	631	16,0%	103,6%	62,0%	5,8%	37,3%	1.751
15	1.074	46,8%	147,4%	106,0%	7,6%	23,9%	6.628
16	2.196	39,9%	86,4%	99,0%	6,0%	12,9%	14.660
17	1.011	59,1%	124,1%	98,0%	10,2%	21,5%	5.834
18	1.083	39,6%	138,9%	57,0%	8,8%	30,9%	4.865
19	444	93,7%	163,6%	53,0%	26,7%	46,7%	1.556
20	2.507	84,2%	66,2%	8,0%	76,1%	59,8%	2.775
21	809	144,0%	105,7%	96,0%	18,3%	13,4%	6.368
22	1.233	67,6%	70,4%	86,0%	10,9%	11,3%	7.679
<b>Regione</b>	<b>25.535</b>	<b>61,9%</b>	<b>85,5%</b>	<b>76,0%</b>	<b>13,7%</b>	<b>19,0%</b>	<b>115.009</b>

Tabella 96 – Dati di confronto sui servizi per la domiciliarità delle persone non autosufficienti

### 3.4.2 Confronto su finanziamenti e costi della domiciliarità

Per ciascuna ULSS in ogni bersaglio abbiamo scelto di rappresentare i seguenti indicatori:

1. Rapporto tra finanziamento ADI-SAD e fabbisogno;
2. Rapporto tra finanziamento ADC e fabbisogno;
3. Rapporto tra finanziamento totale della domiciliarità (DGR 2584/2009) e fabbisogno;
4. Rapporto tra costi rilevati dai modelli LA e fabbisogno;
5. Rapporto tra costi totali (FRNA + FSR) e fabbisogno.

I dati di confronto, per ULSS, sono presenti nella Tabella 97.

ULSS	fabbisogno	ADI-SAD /fabbisogno	ADC /fabbisogno	tot domiciliarità FRNA /fabbisogno	costi LA /fabbisogno	costi totali /fabbisogno
1	1.002	661,87	952,23	2.611,01	1.791,42	3.951,37
2	657	895,26	1.687,55	4.012,46	4.844,75	8.367,11
3	842	716,78	2.177,53	4.728,59	9.270,78	13.125,34
4	891	1.056,96	1.531,10	3.975,98	3.759,82	7.485,31
5	802	721,97	1.957,59	4.540,05	1.322,94	5.109,49
6	1.504	760,12	1.642,82	3.839,55	1.998,01	5.492,58
7	1.197	593,04	2.140,41	4.057,78	4.483,71	7.752,18
8	1.100	764,47	2.394,19	4.429,81	4.297,27	8.364,39
9	1.962	566,80	2.087,93	4.006,04	7.211,52	10.881,41
10	1.074	990,87	3.456,91	5.883,37	9.913,41	15.307,09
12	2.351	629,94	1.639,55	3.105,83	3.750,74	6.562,95
13	1.165	610,50	3.347,77	5.433,86	2.923,61	7.517,60
14	631	675,82	4.335,20	6.401,09	4.055,47	9.066,49
15	1.074	731,36	3.901,48	6.458,94	13.959,03	21.074,18
16	2.196	522,11	2.003,87	3.709,02	4.837,43	7.946,46
17	1.011	813,58	3.206,45	5.251,94	6.324,43	11.056,65
18	1.083	567,93	3.664,07	5.289,52	1.597,41	5.829,42
19	444	586,71	3.811,80	5.542,06	2.768,02	11.180,15
20	2.507	953,18	1.575,99	3.873,08	5.327,08	9.858,41
21	809	537,46	2.844,23	4.577,53	6.110,01	10.478,33
22	1.233	914,75	1.797,91	4.305,68	3.695,05	7.897,84
<b>Regione</b>	<b>25.535</b>	<b>722,42</b>	<b>2.301,09</b>	<b>4.349,91</b>	<b>5.000,78</b>	<b>9.053,59</b>

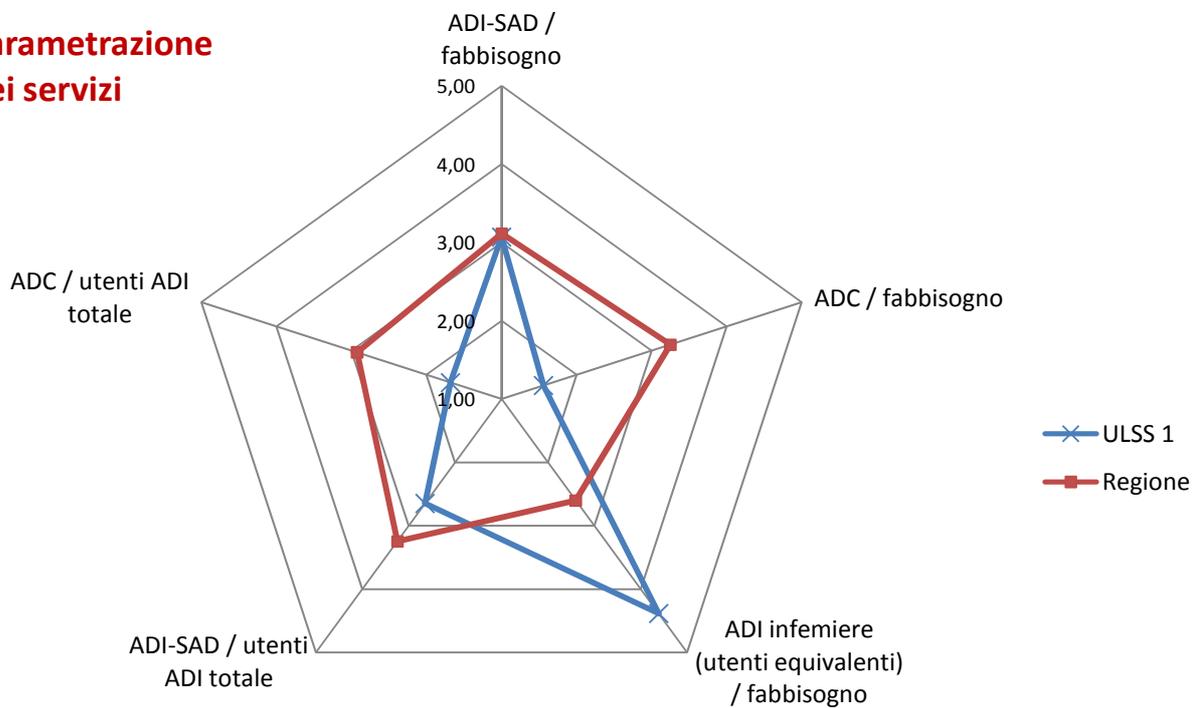
Tabella 97 – Dati di confronto sui finanziamenti e i costi per la domiciliarità delle persone non autosufficienti.

### 3.5 Quadro di sintesi per ULSS. Grafici

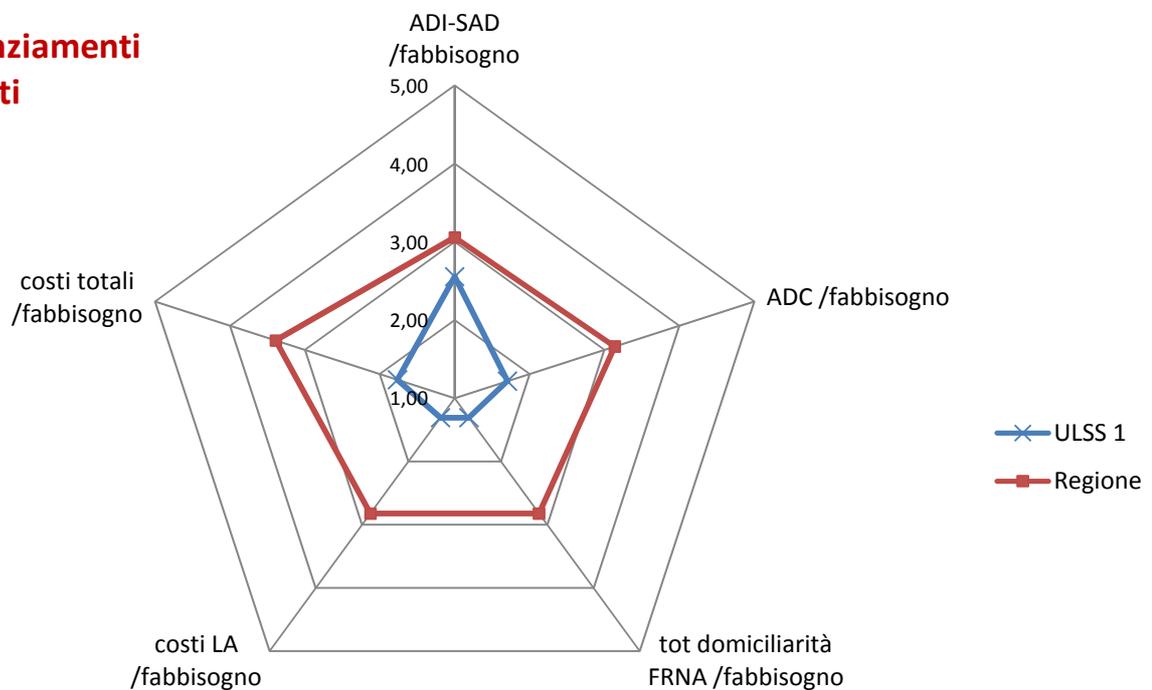


#### ULSS 1

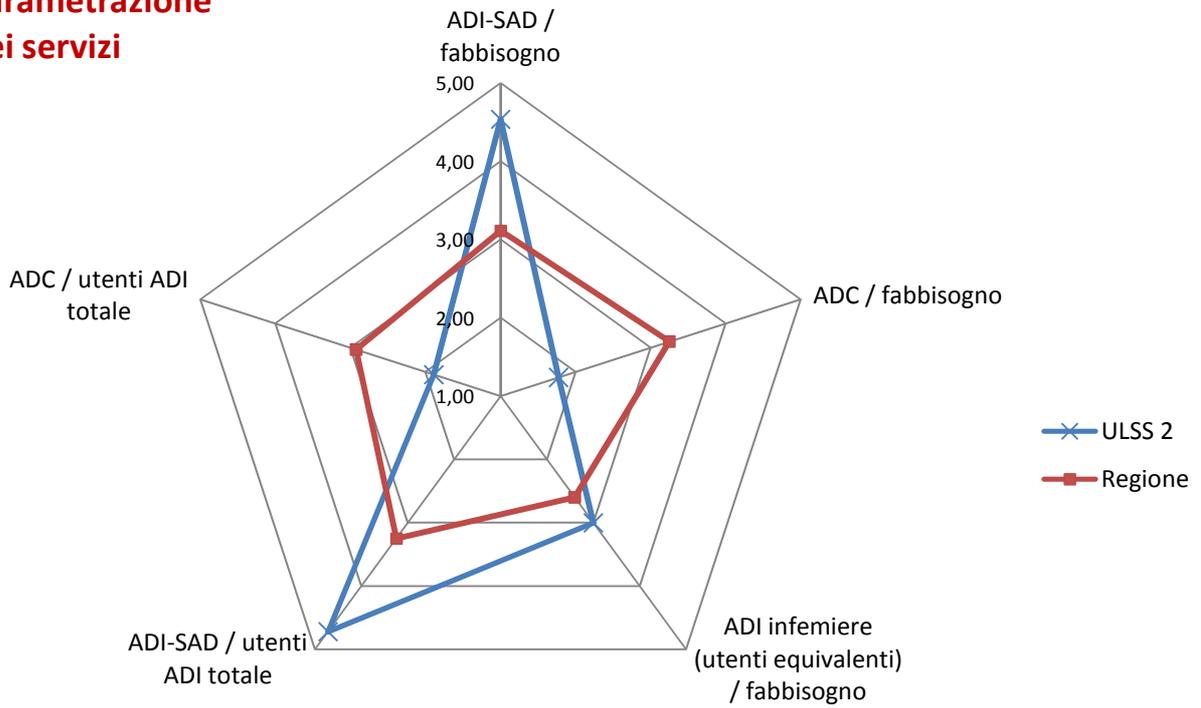
##### Parametrazione dei servizi



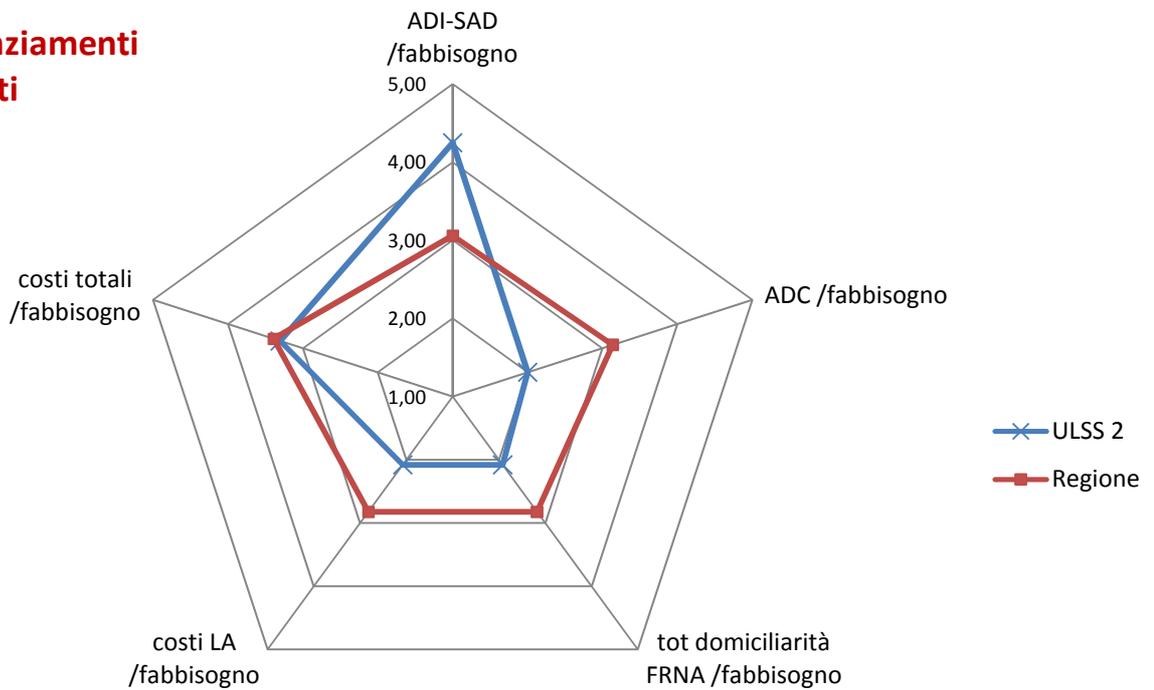
##### Finanziamenti e costi



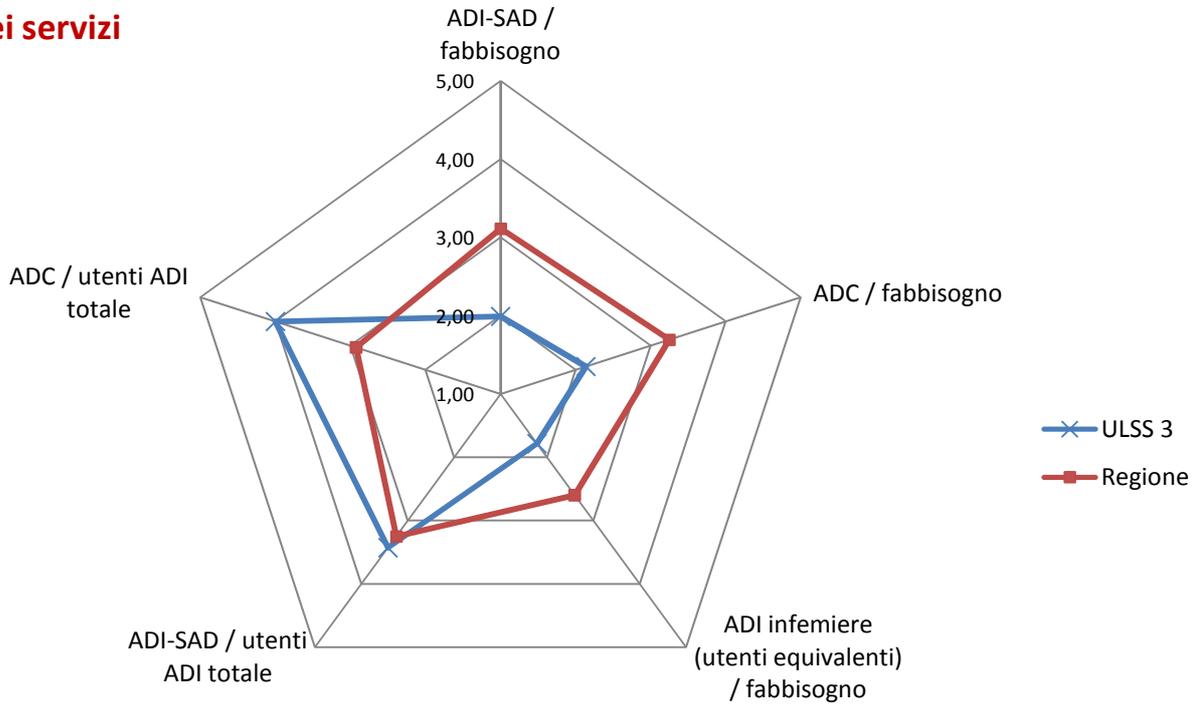
**Parametrazione  
dei servizi**



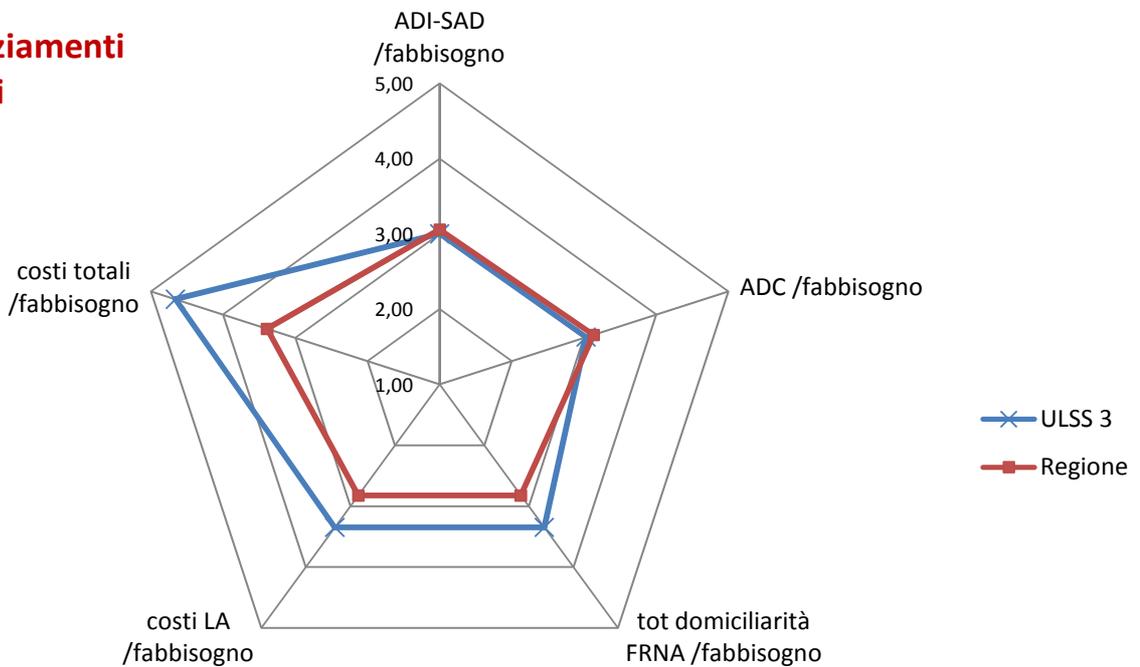
**Finanziamenti  
e costi**



**Parametrazione  
dei servizi**

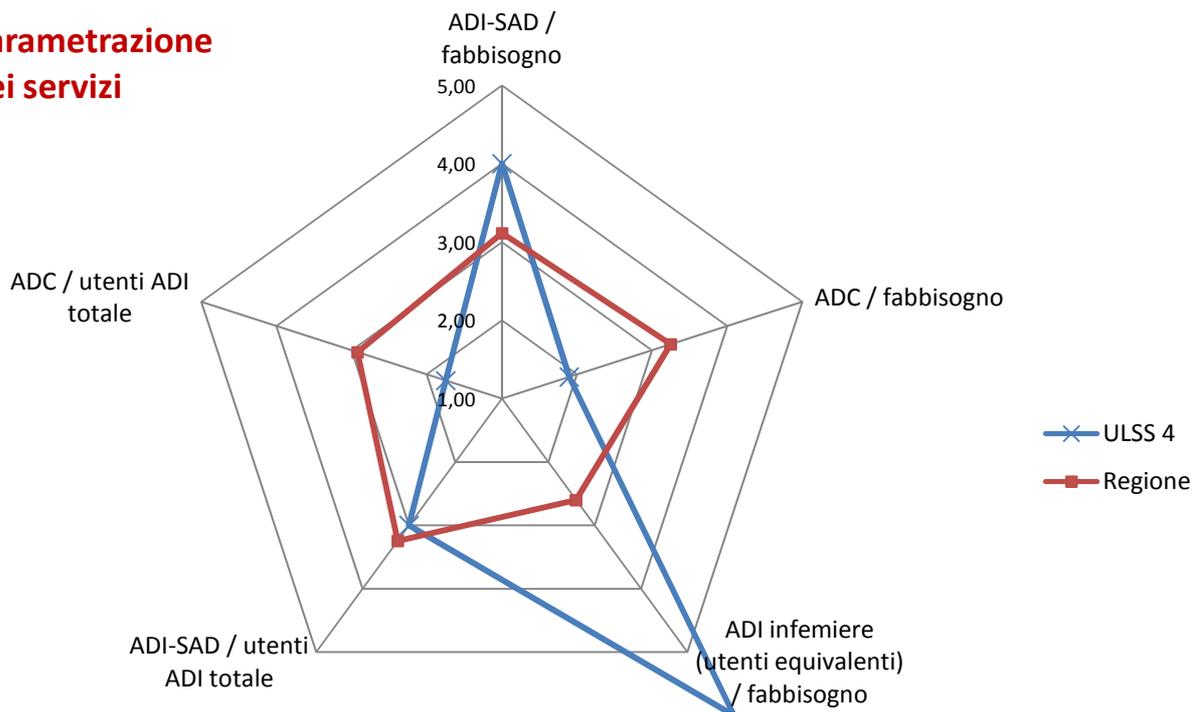


**Finanziamenti  
e costi**

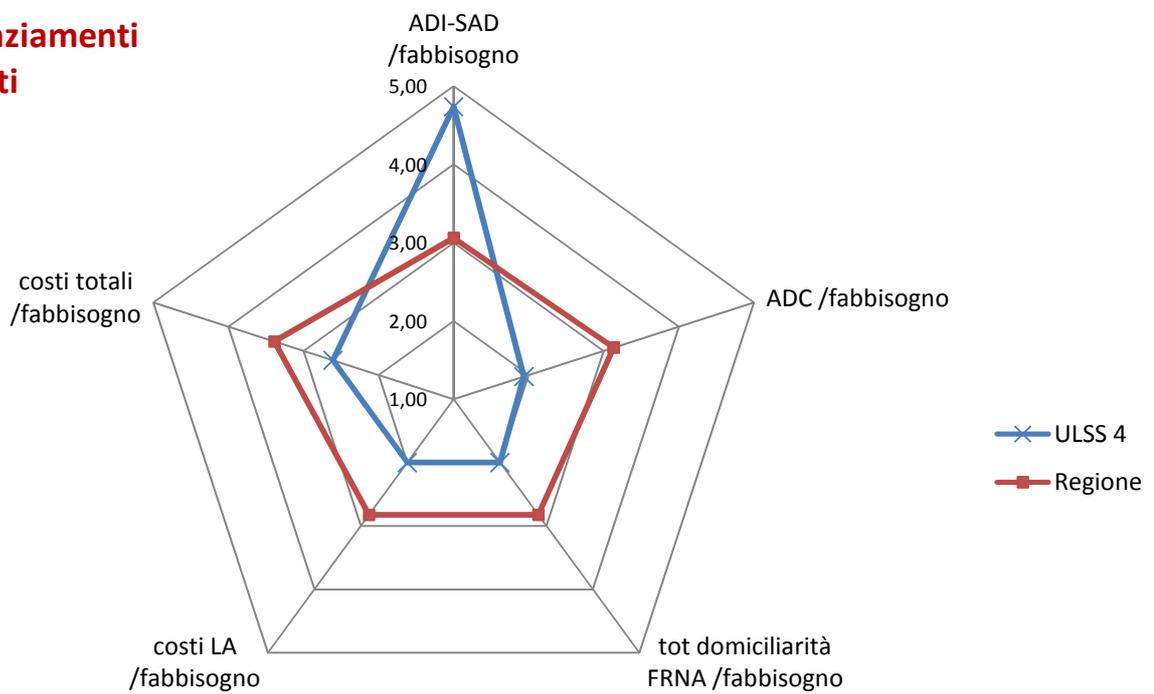


## ULSS 4

### Parametrazione dei servizi

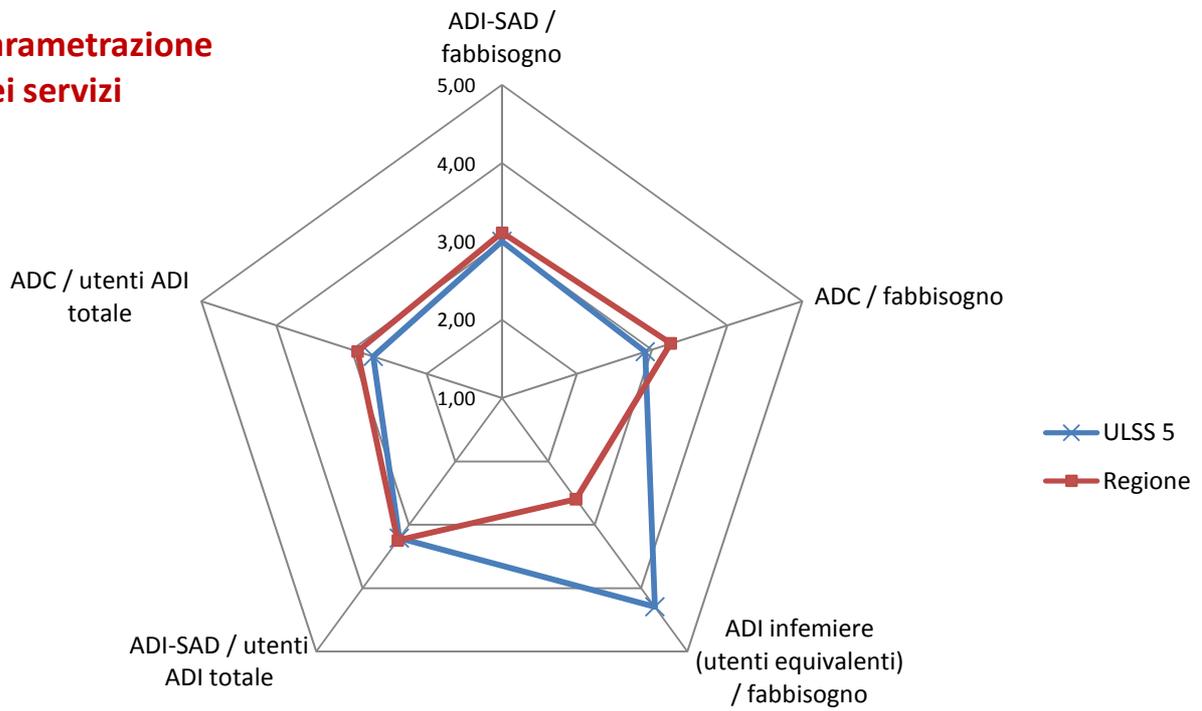


### Finanziamenti e costi

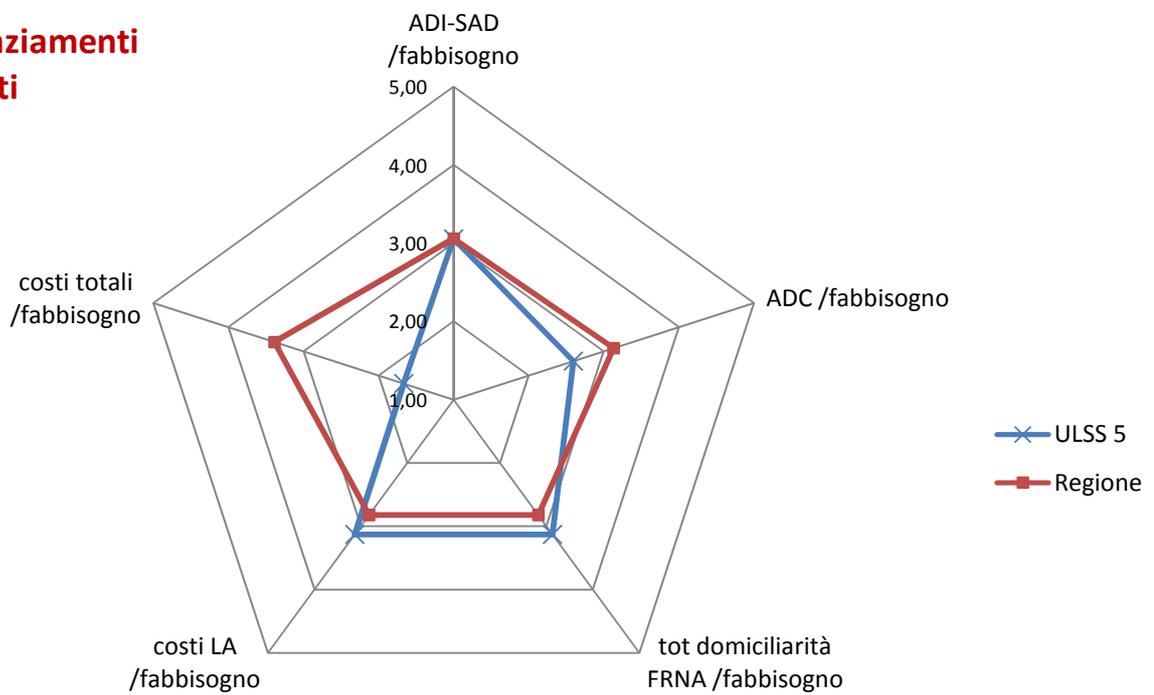


## ULSS 5

### Parametrazione dei servizi

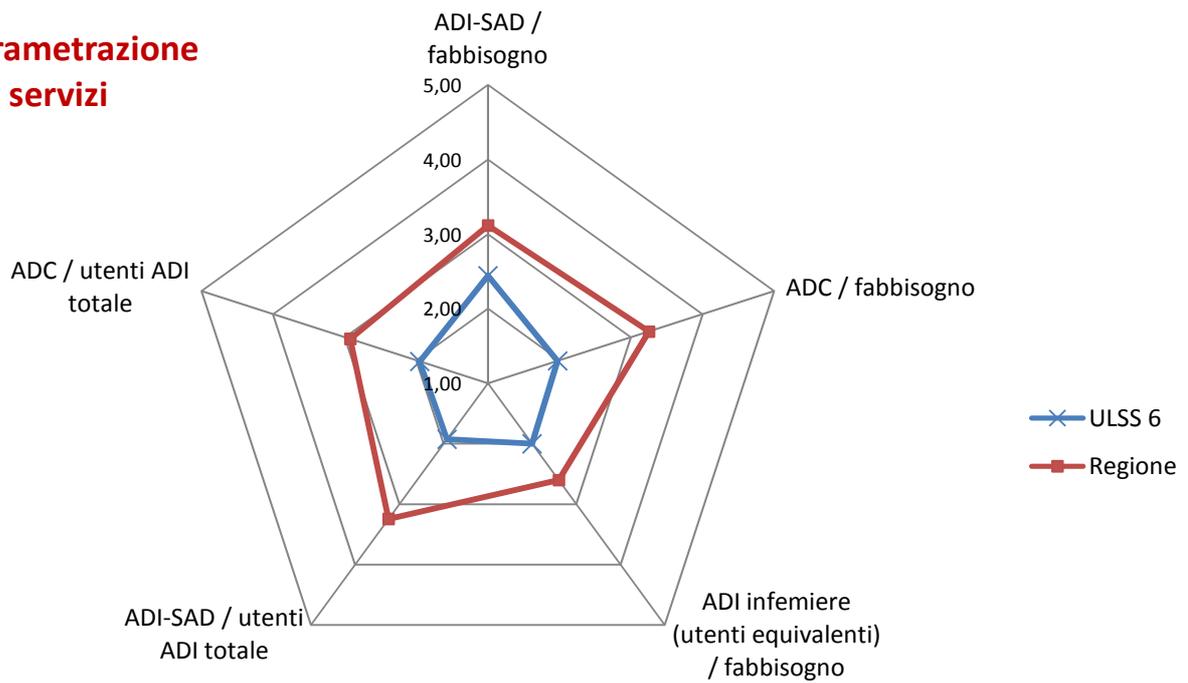


### Finanziamenti e costi

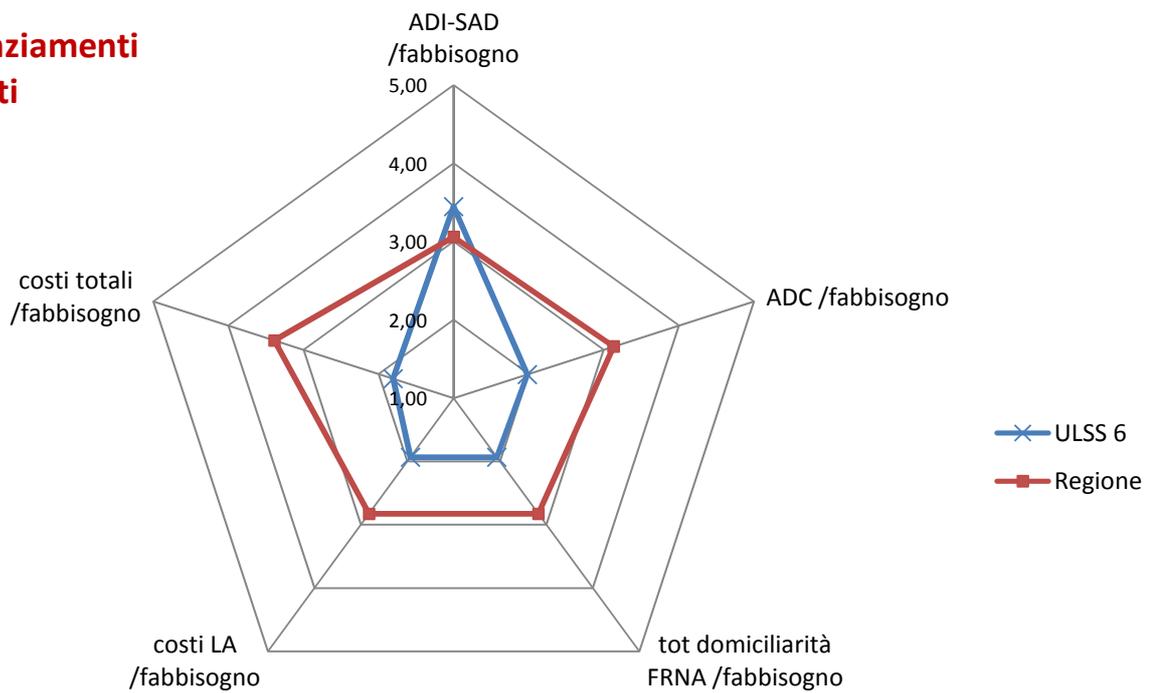


## ULSS 6

### Parametrazione dei servizi

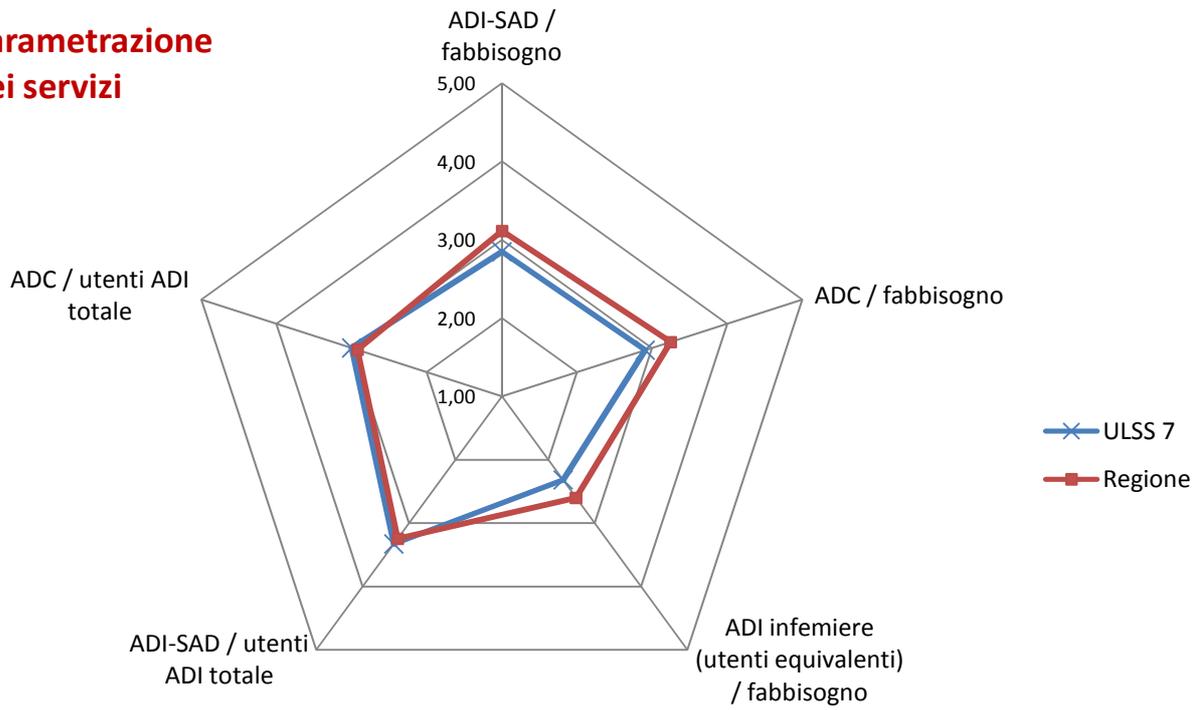


### Finanziamenti e costi

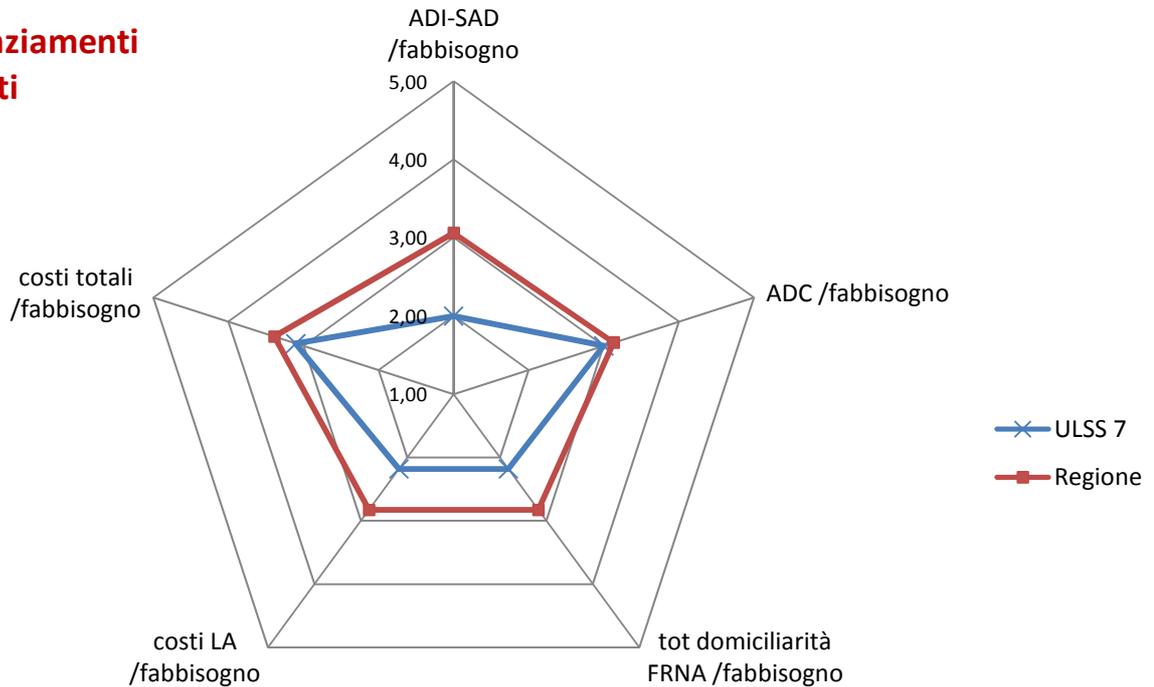


## ULSS 7

### Parametrazione dei servizi

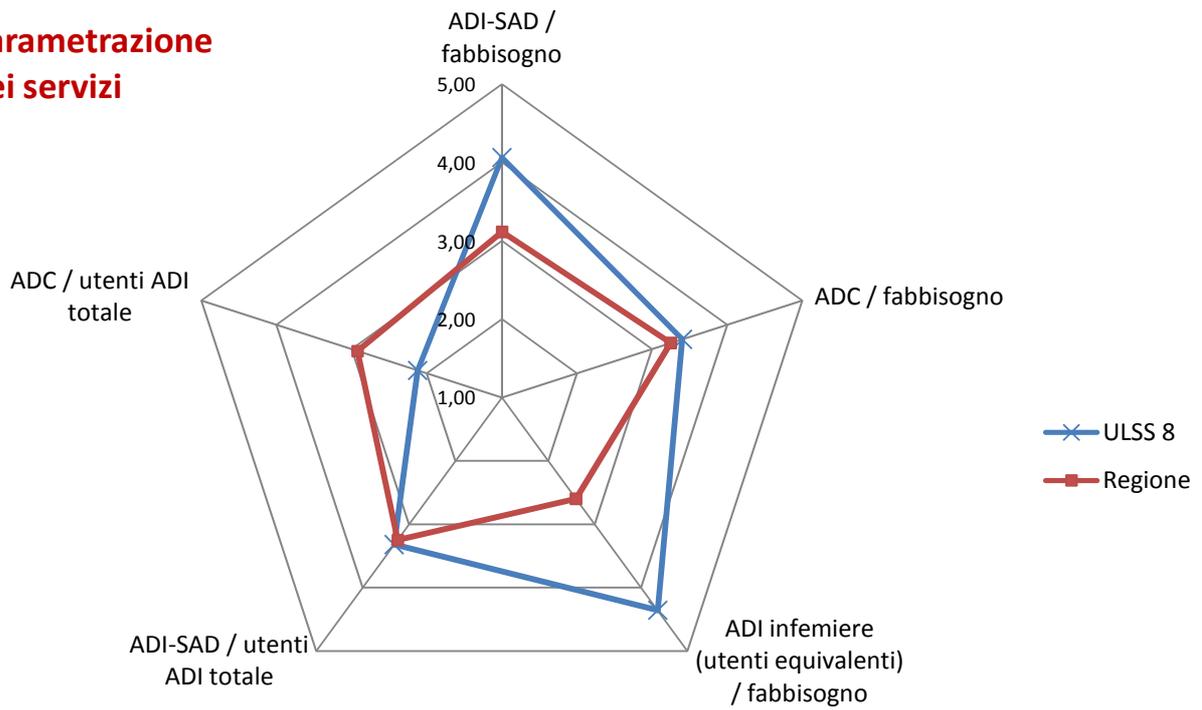


### Finanziamenti e costi

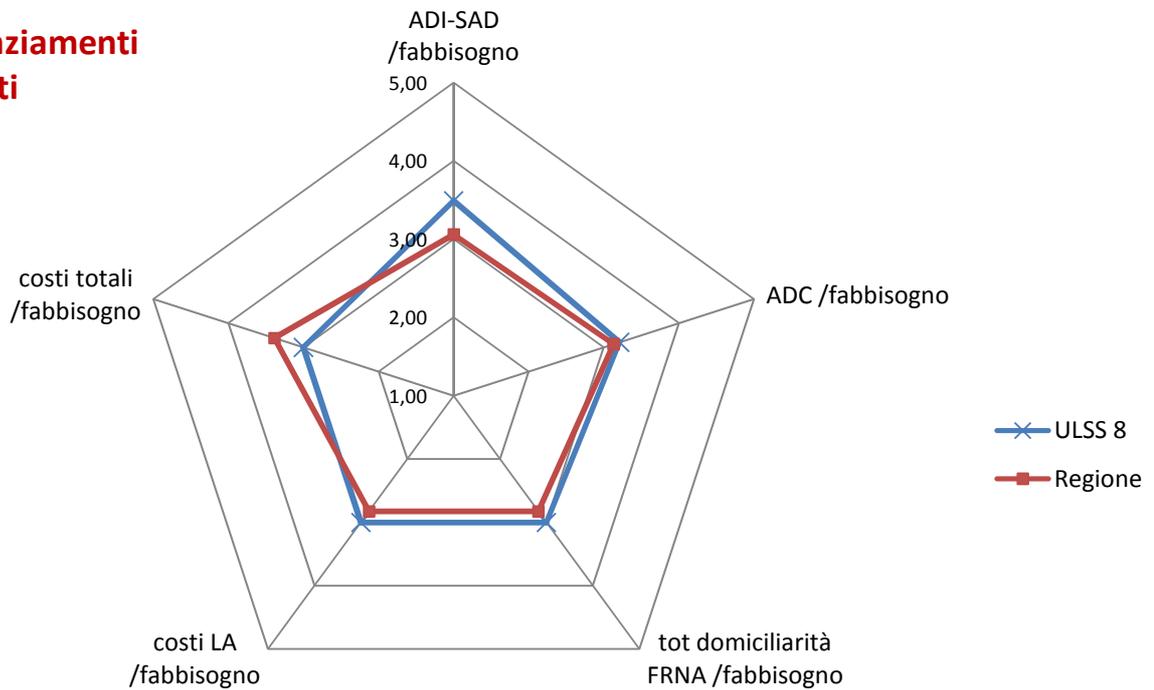


## ULSS 8

### Parametrazione dei servizi

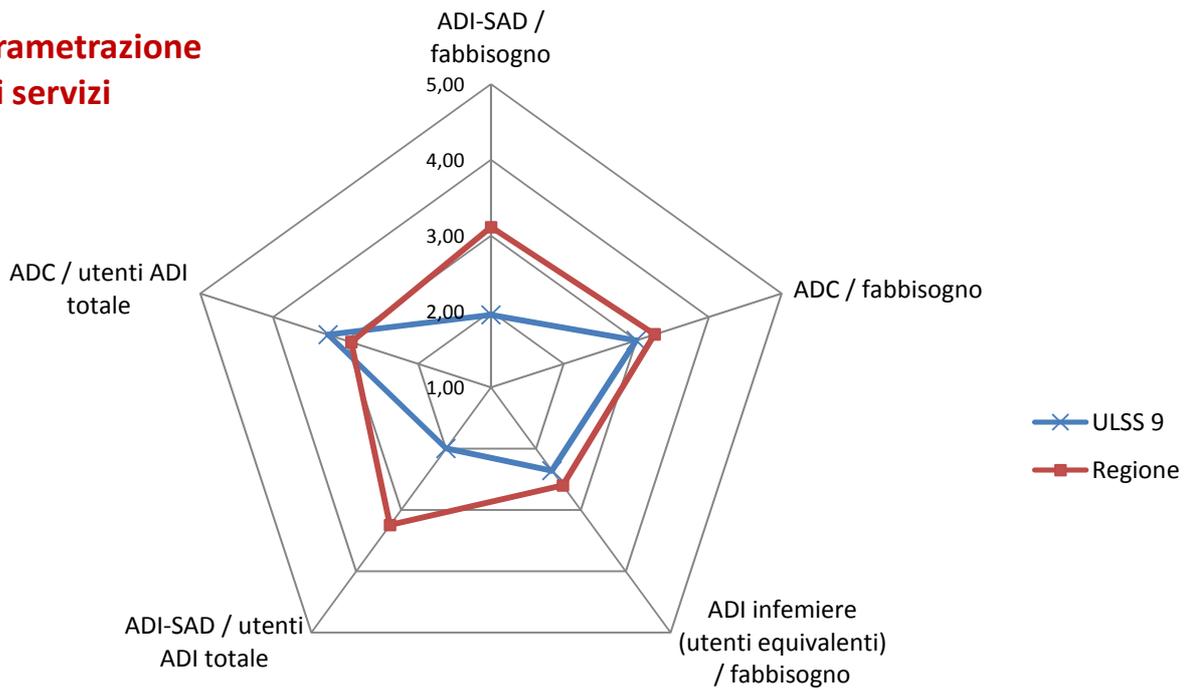


### Finanziamenti e costi

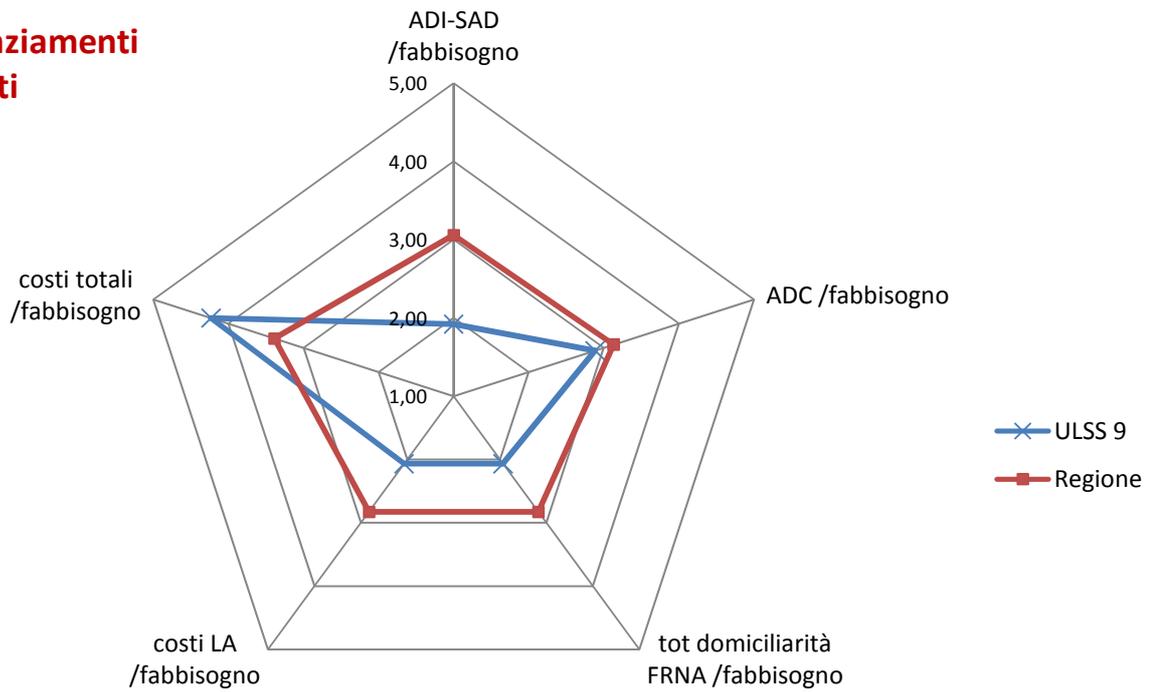


## ULSS 9

### Parametrazione dei servizi

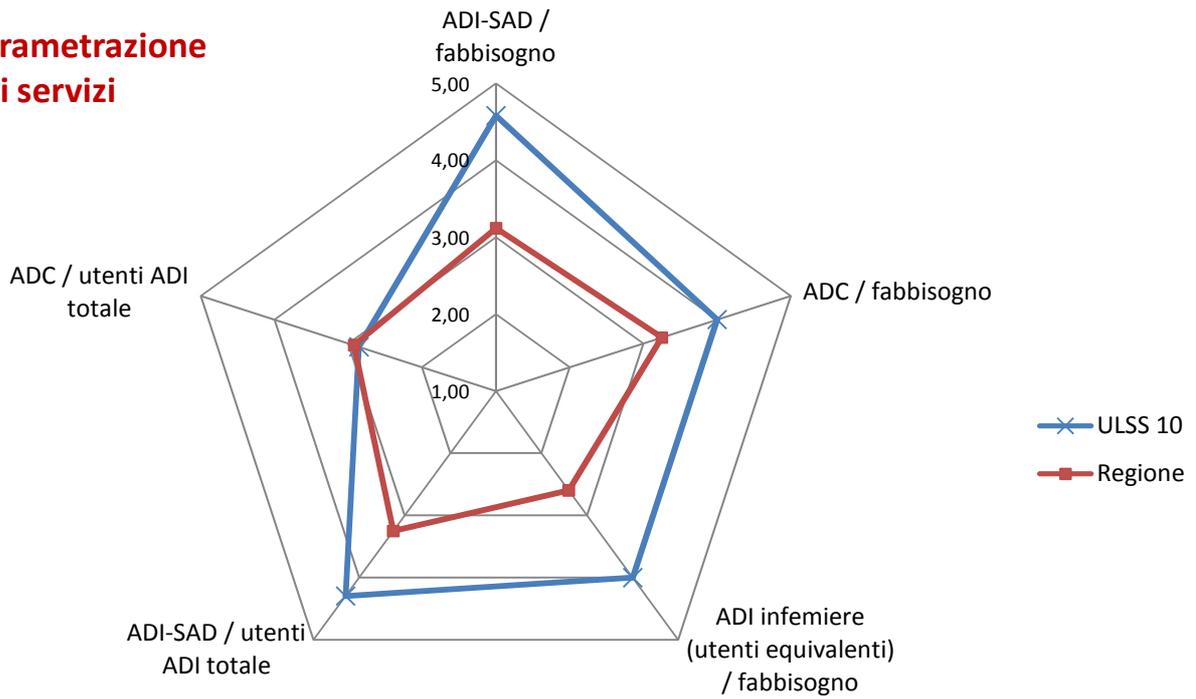


### Finanziamenti e costi

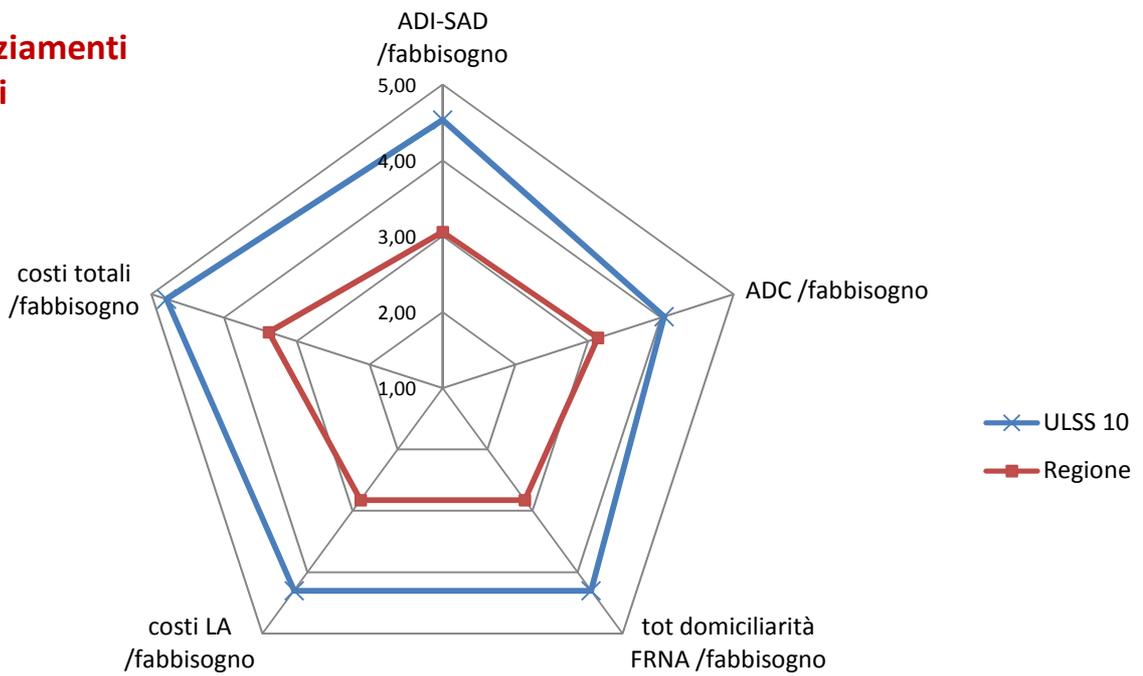


## ULSS 10

### Parametrazione dei servizi

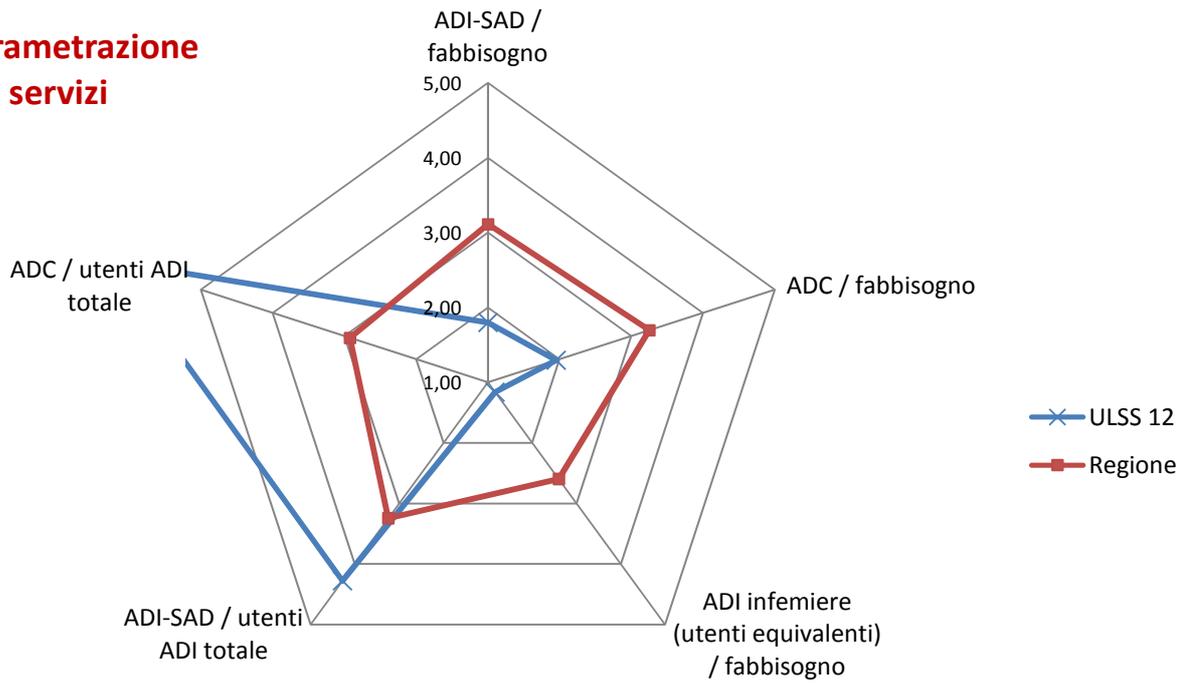


### Finanziamenti e costi

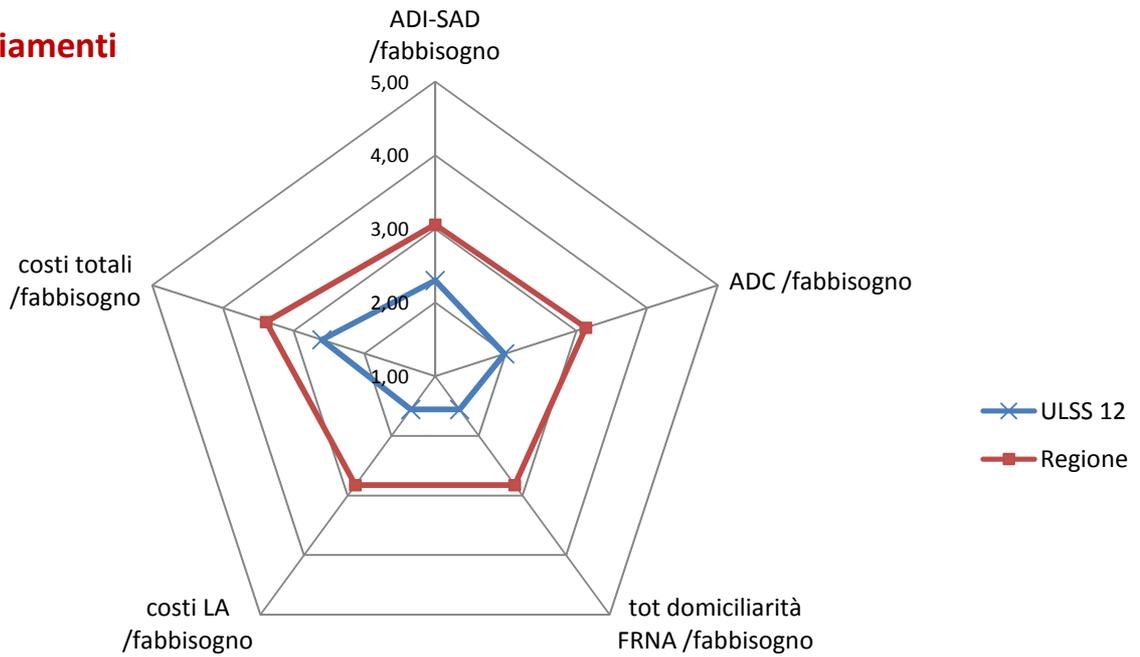


## ULSS 12

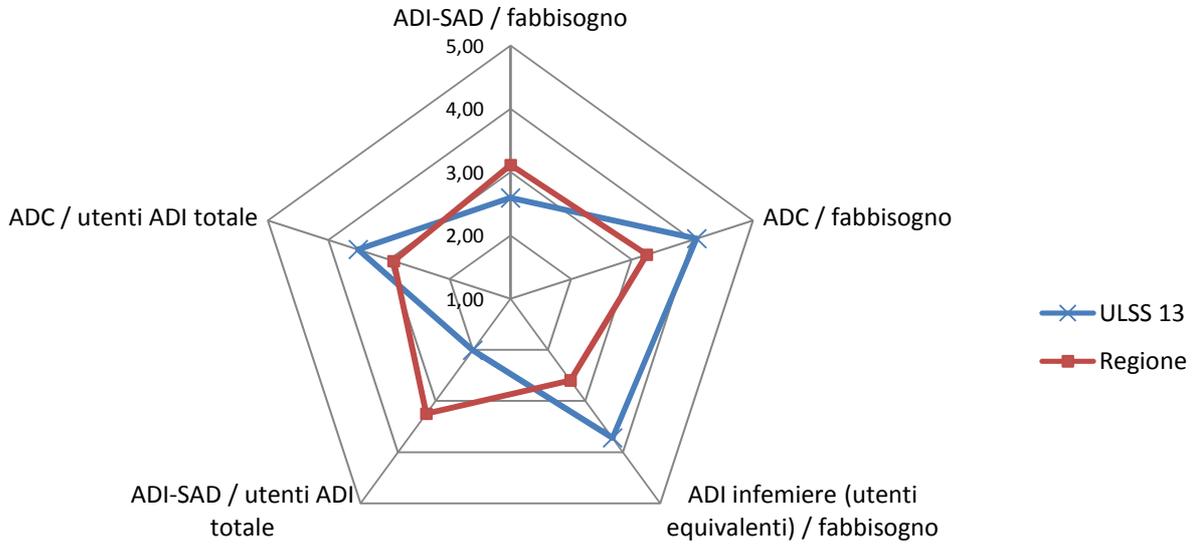
### Parametrazione dei servizi



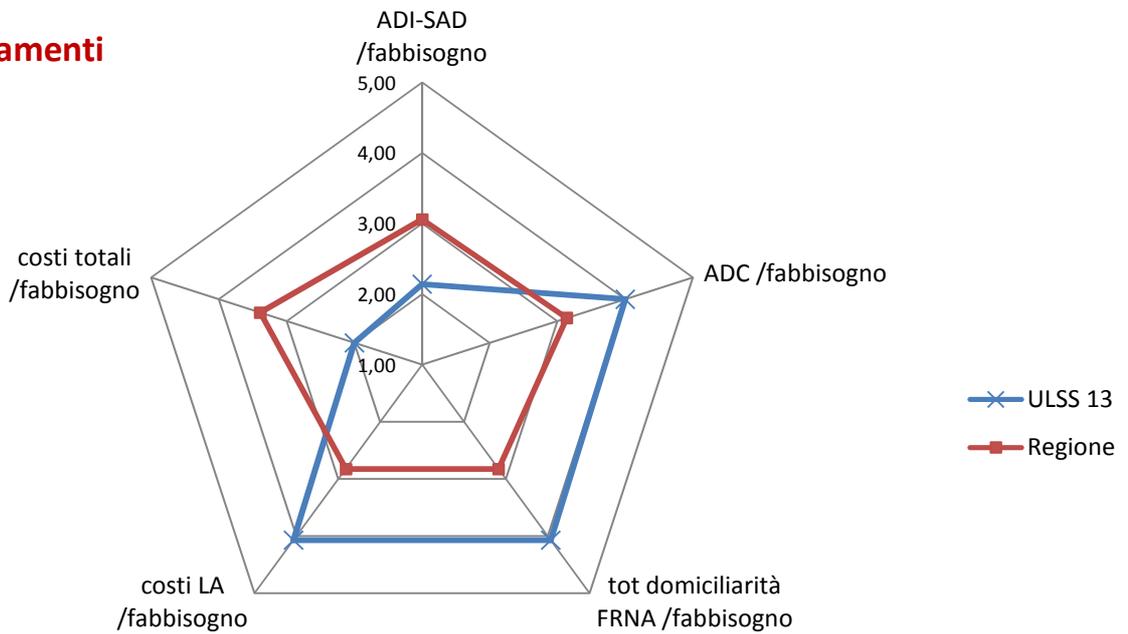
### Finanziamenti e costi



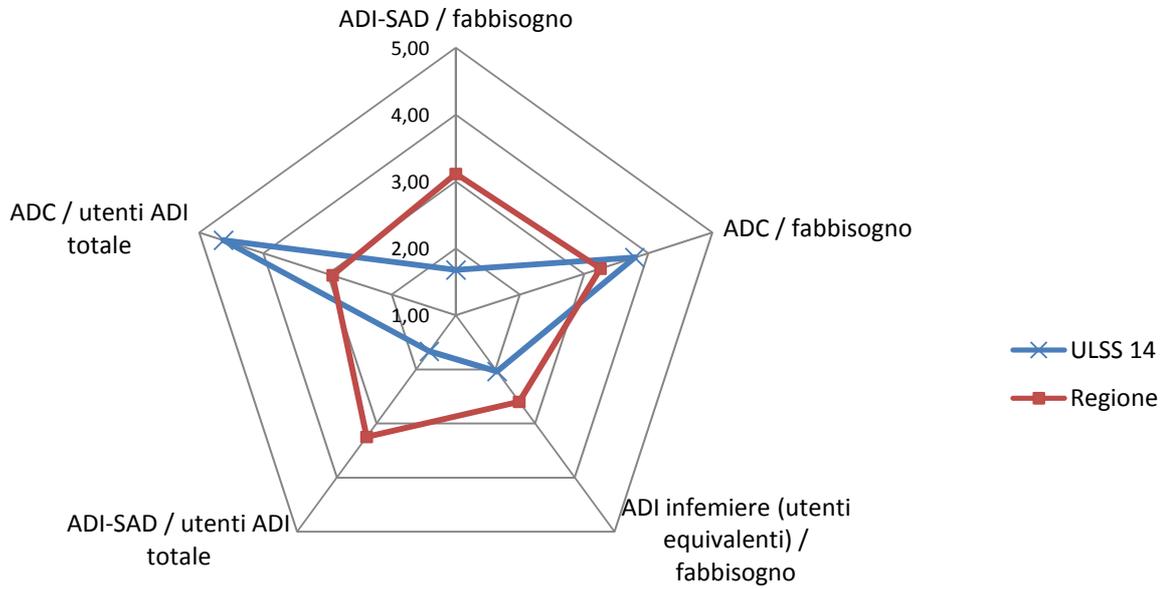
### Parametrazione dei servizi



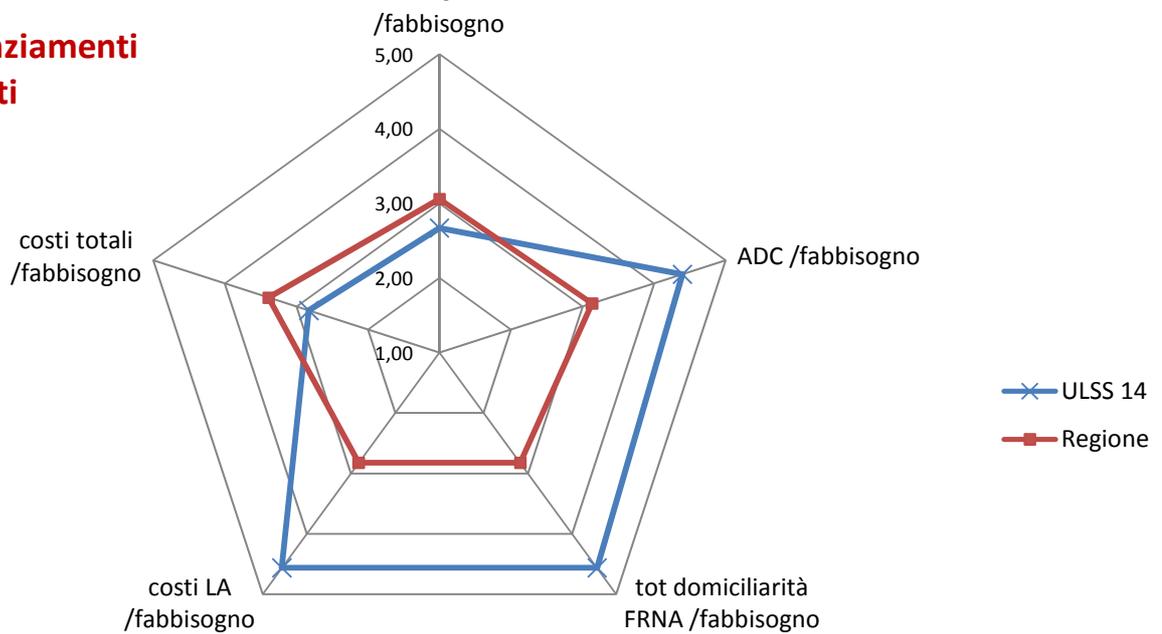
### Finanziamenti e costi



**Parametrazione  
dei servizi**

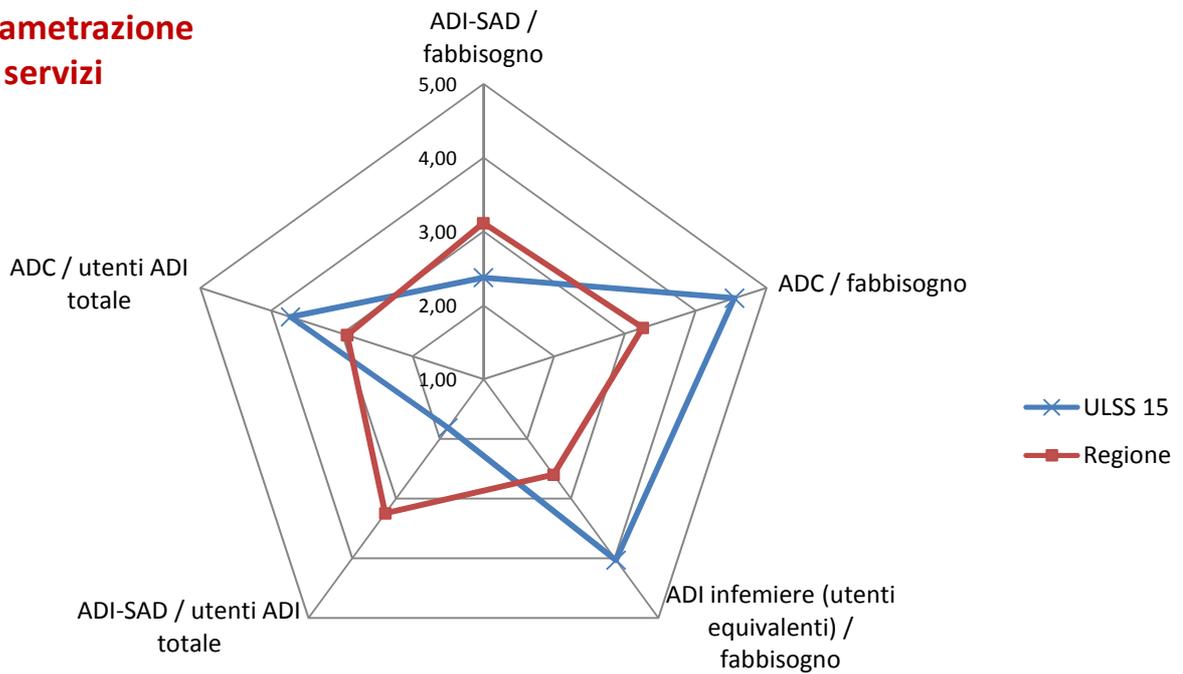


**Finanziamenti  
e costi**

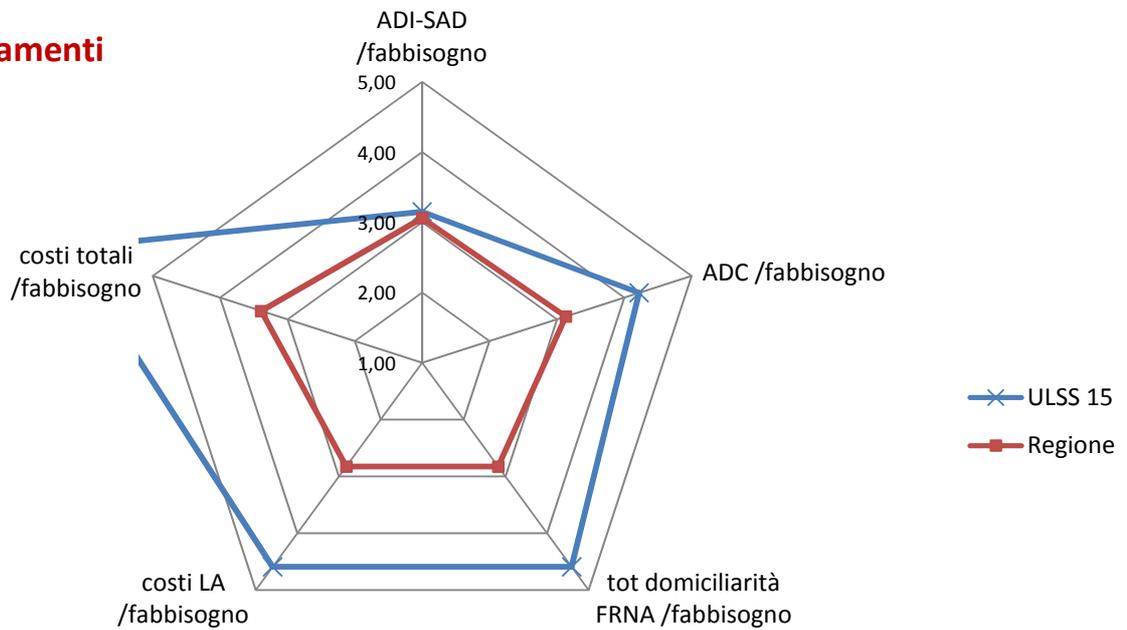


## ULSS 15

### Parametrazione dei servizi

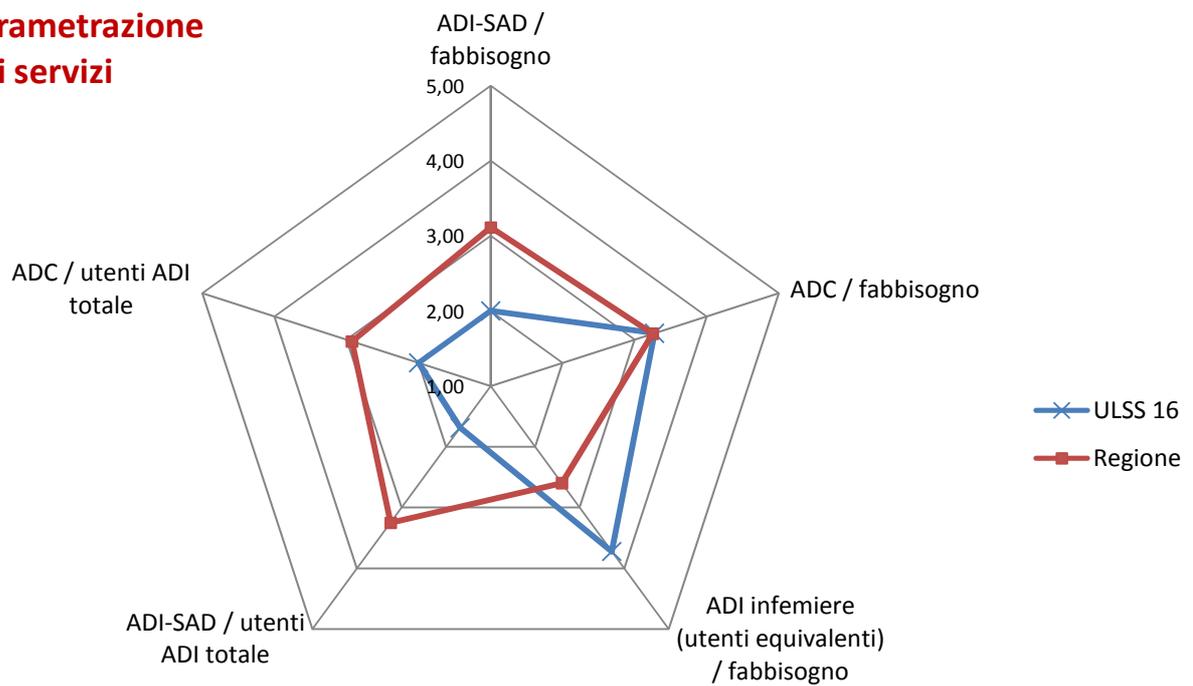


### Finanziamenti e costi

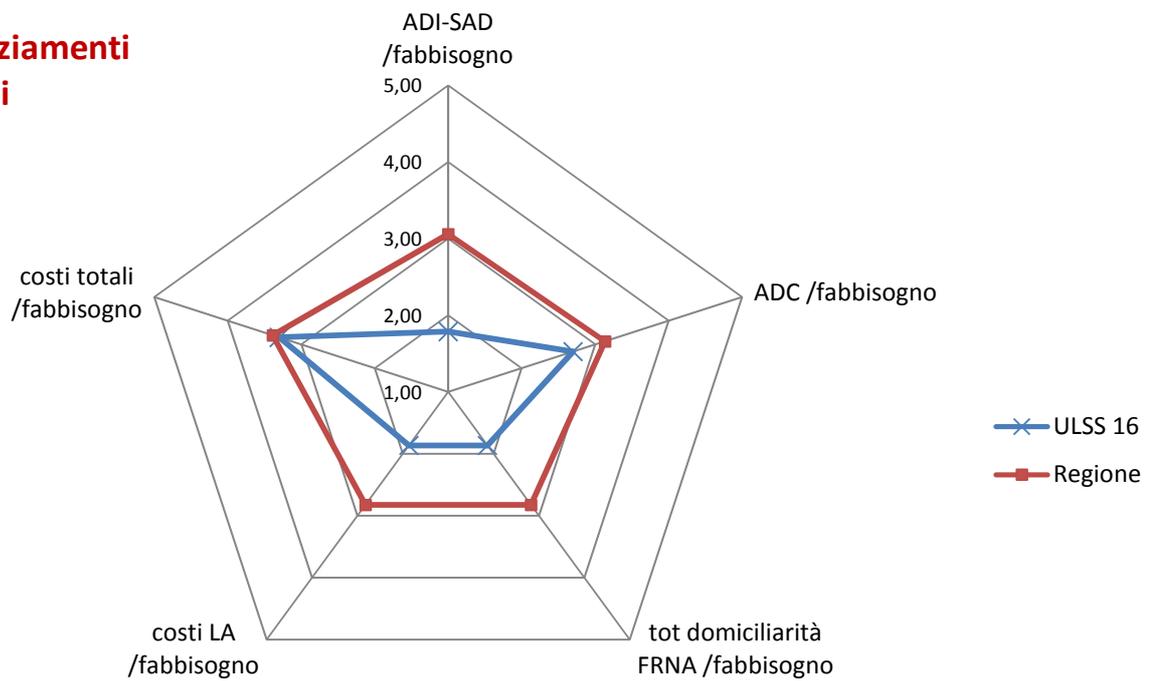


## ULSS 16

### Parametrazione dei servizi

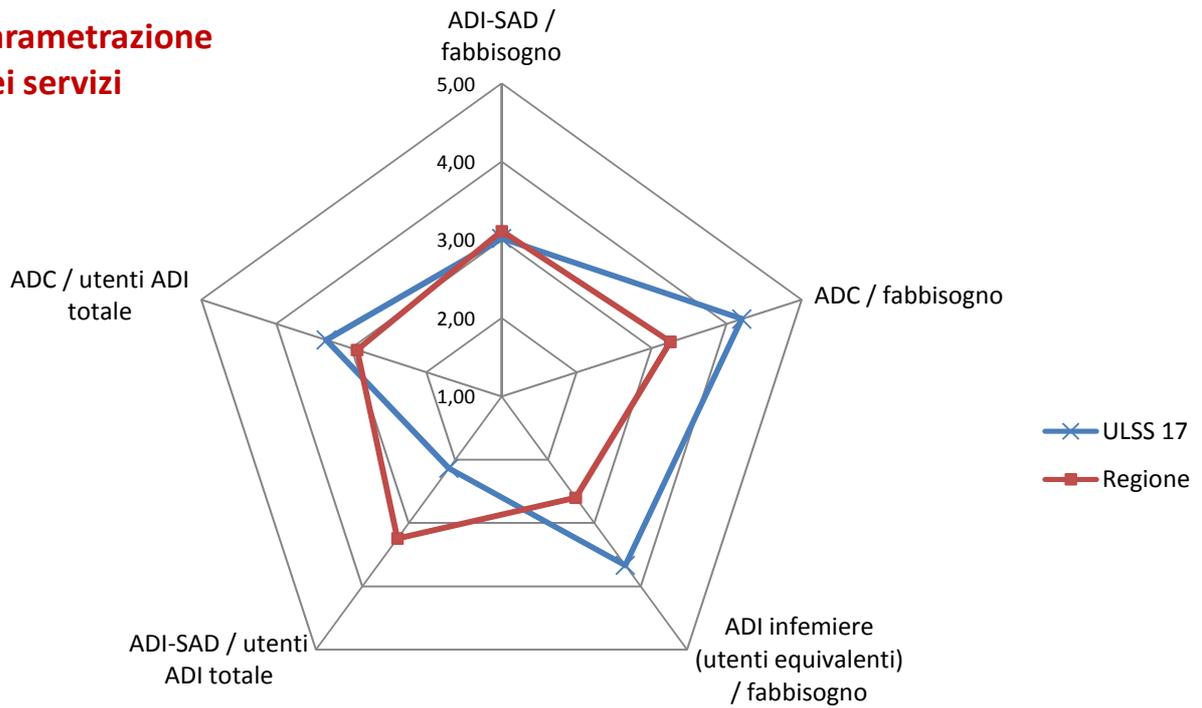


### Finanziamenti e costi

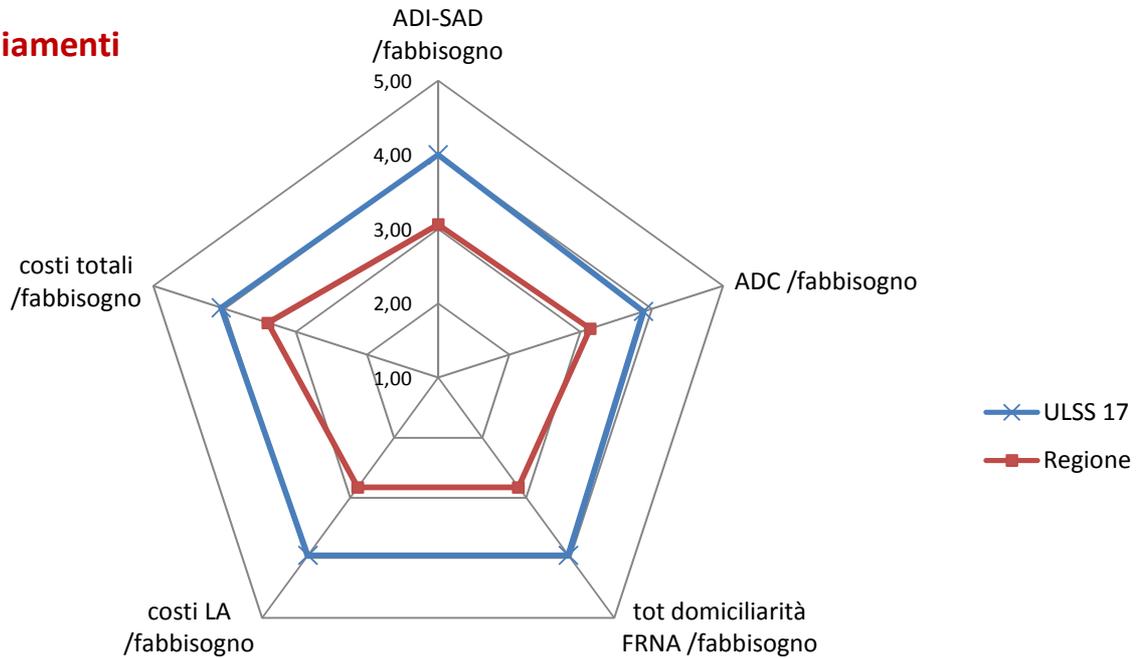


## ULSS 17

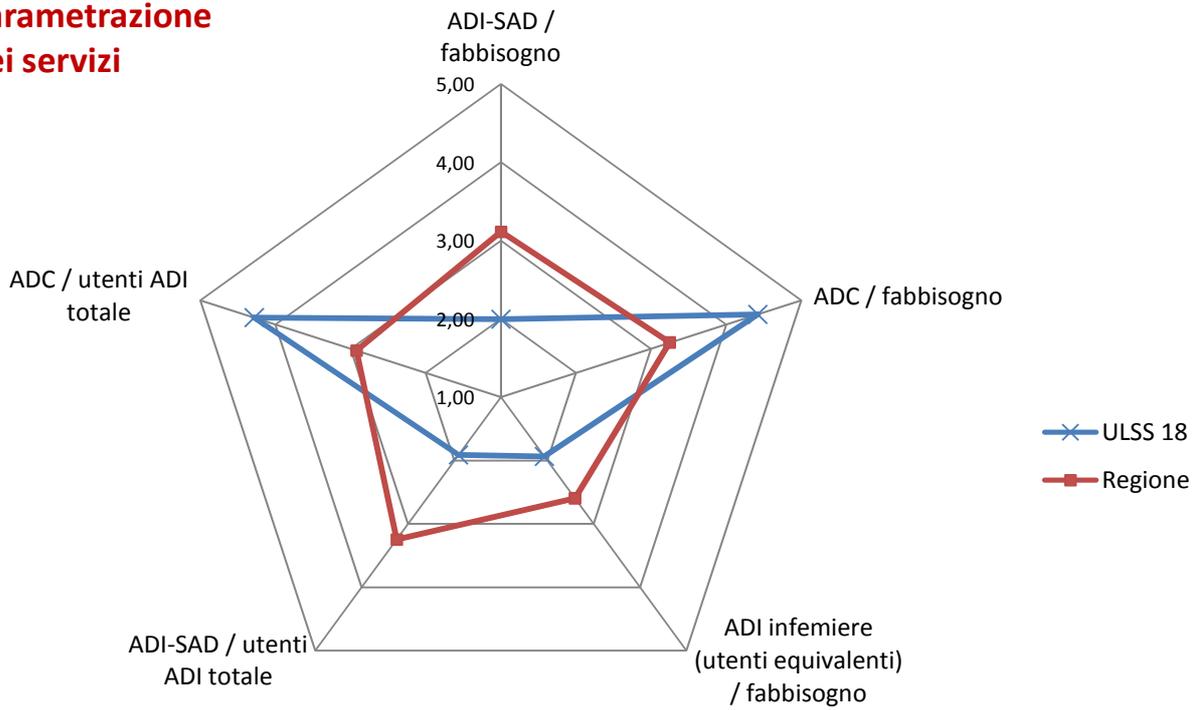
### Parametrazione dei servizi



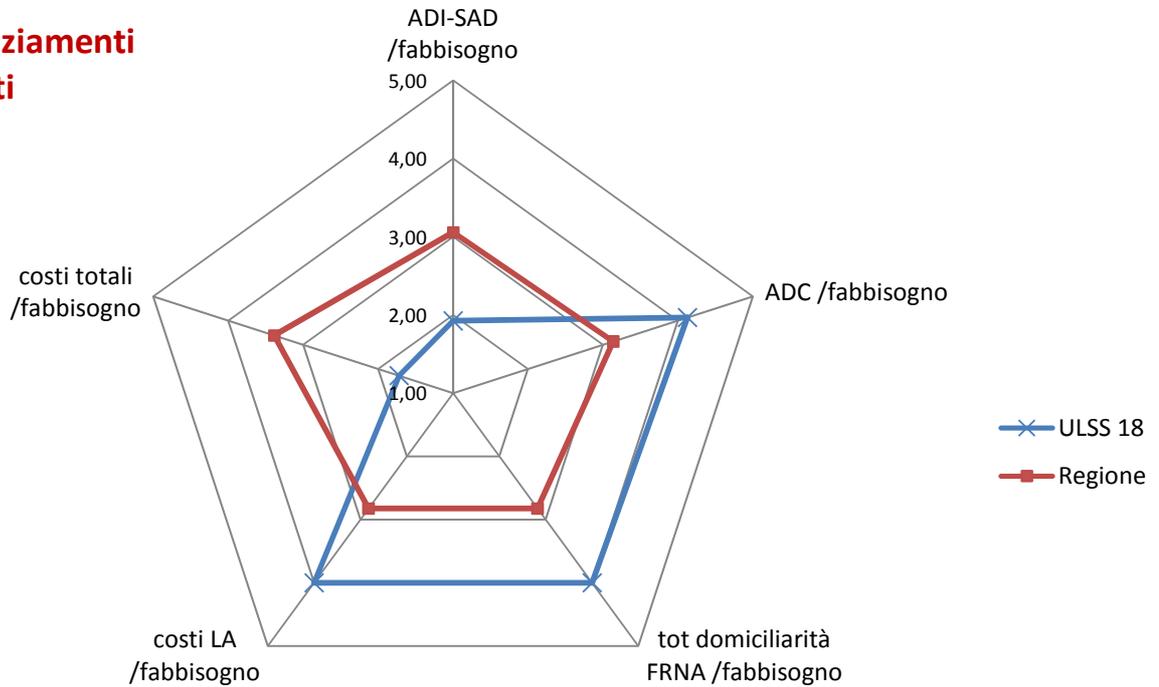
### Finanziamenti e costi



**Parametrazione  
dei servizi**

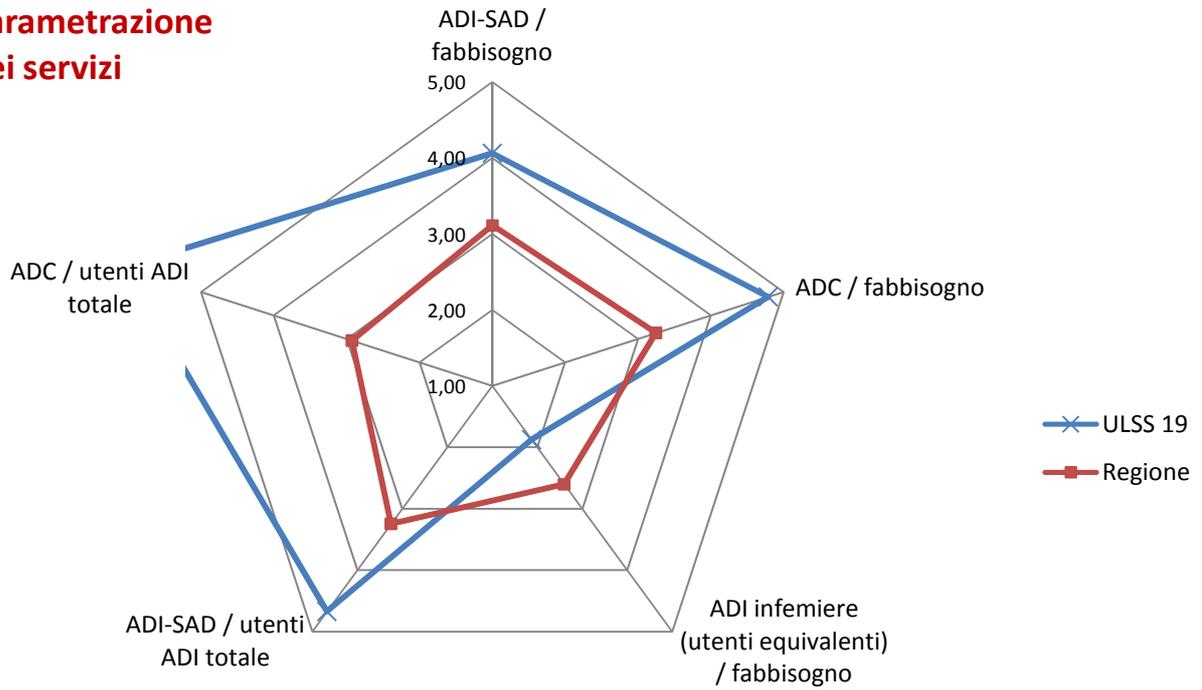


**Finanziamenti  
e costi**

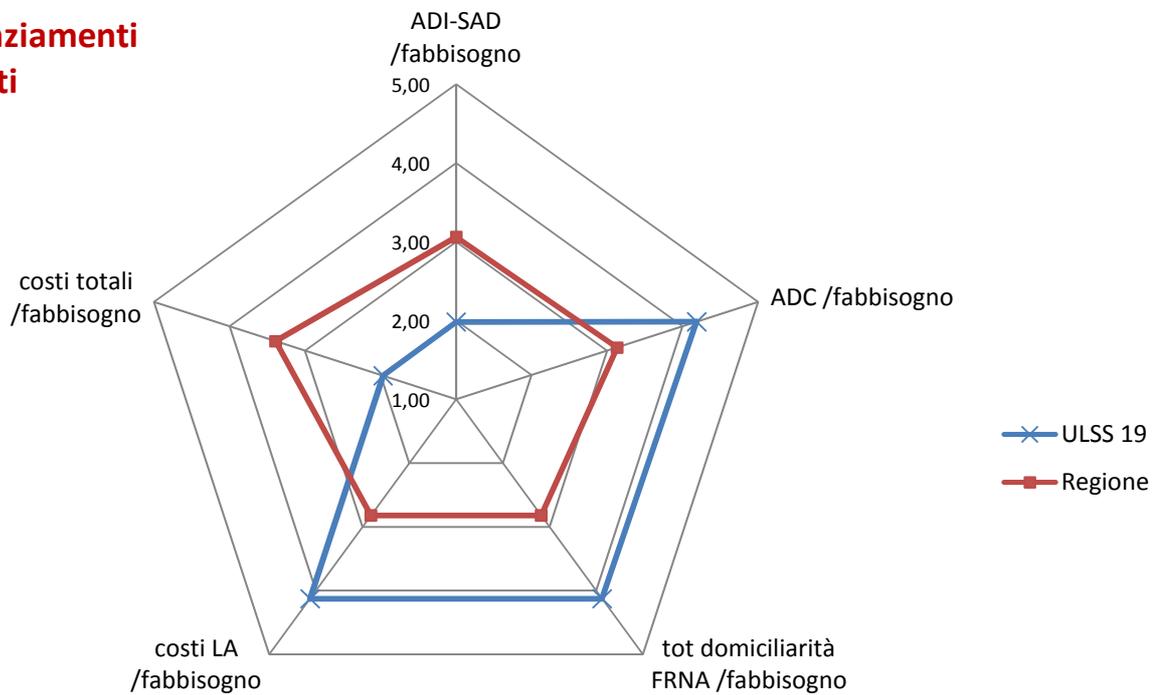


## ULSS 19

### Parametrazione dei servizi

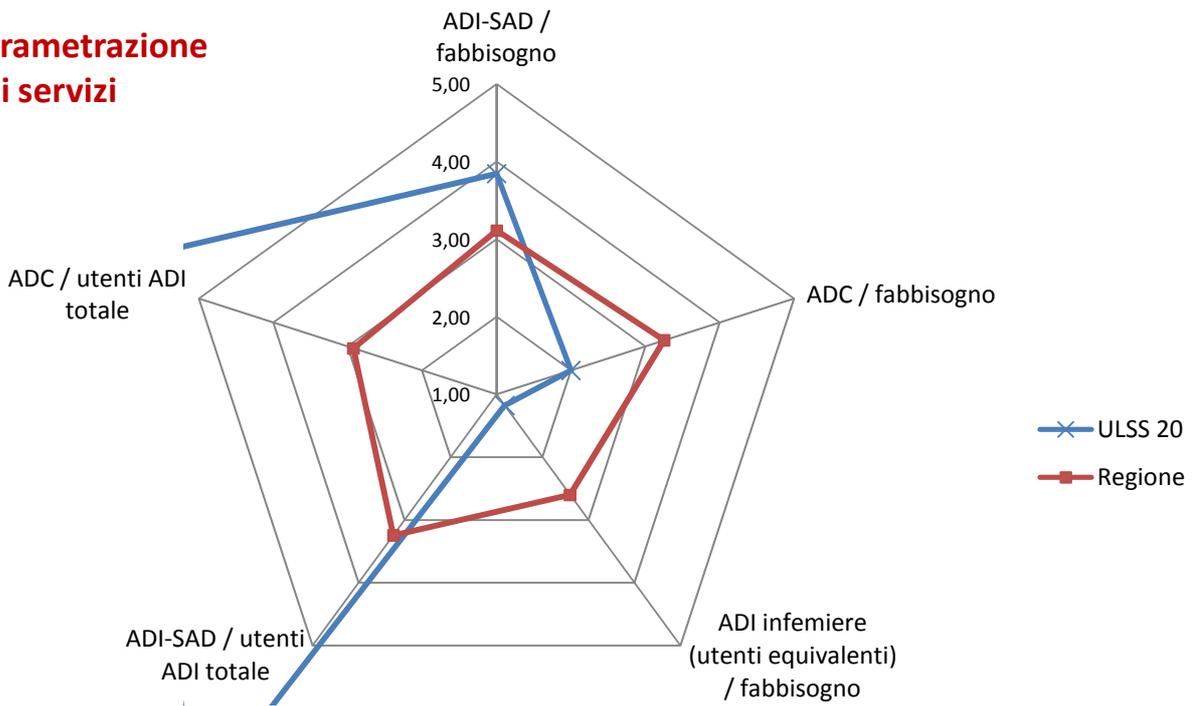


### Finanziamenti e costi

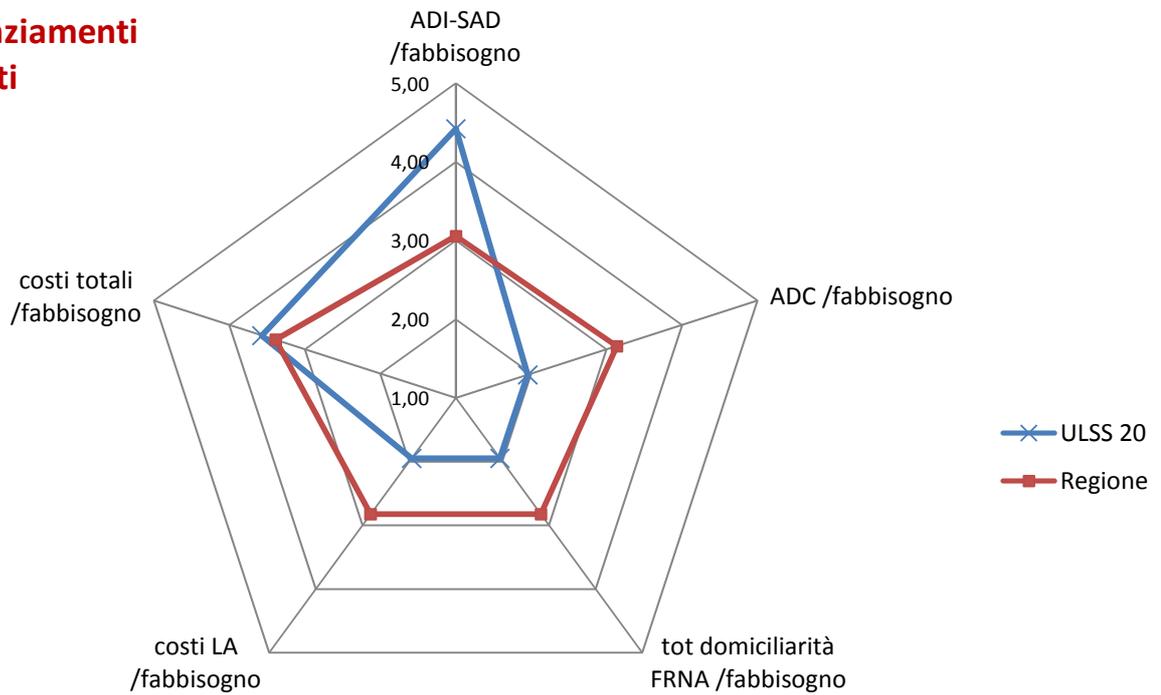


## ULSS 20

### Parametrazione dei servizi

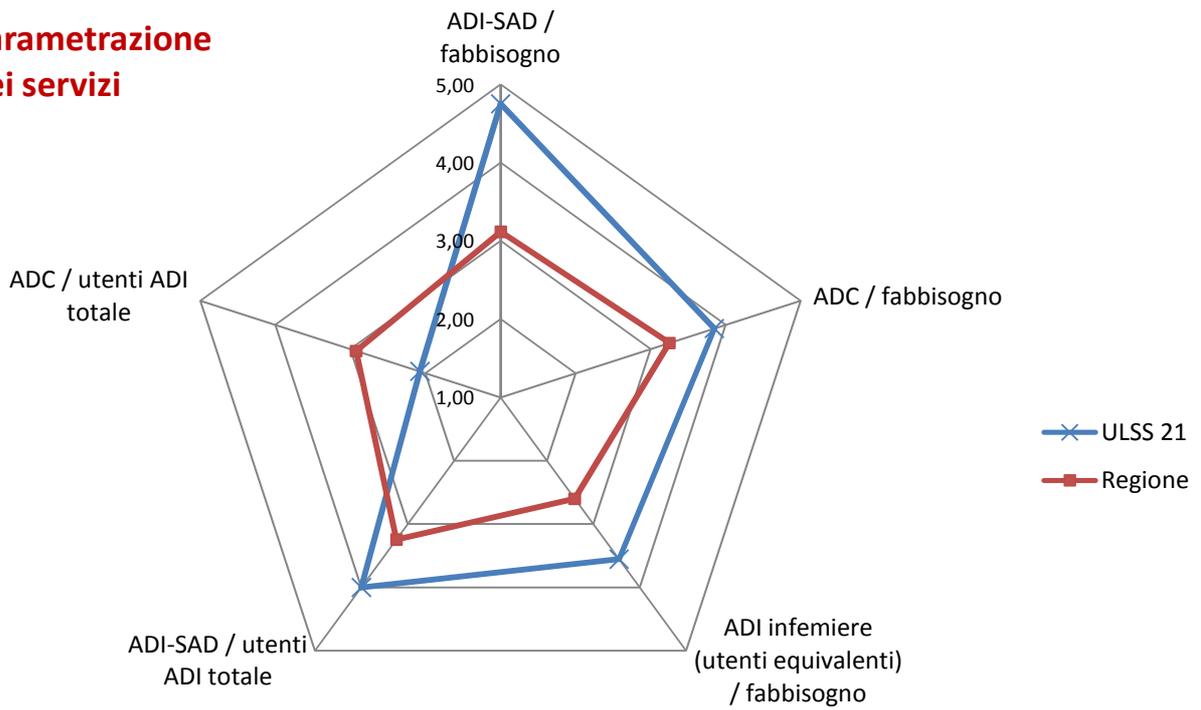


### Finanziamenti e costi

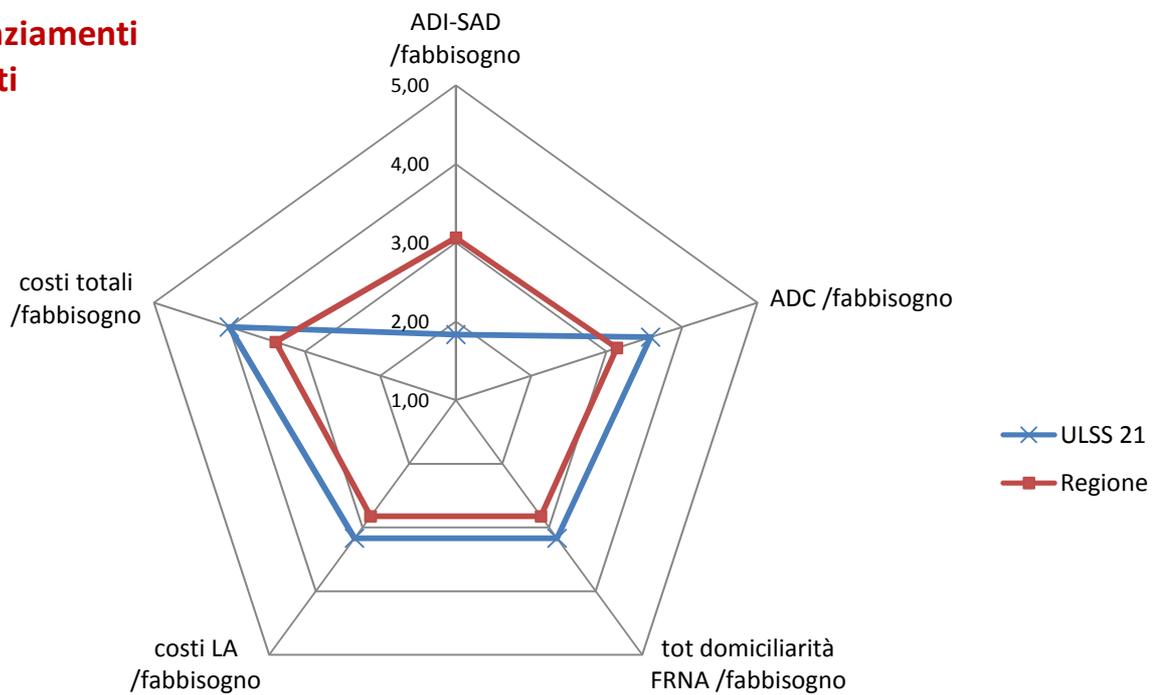


## ULSS 21

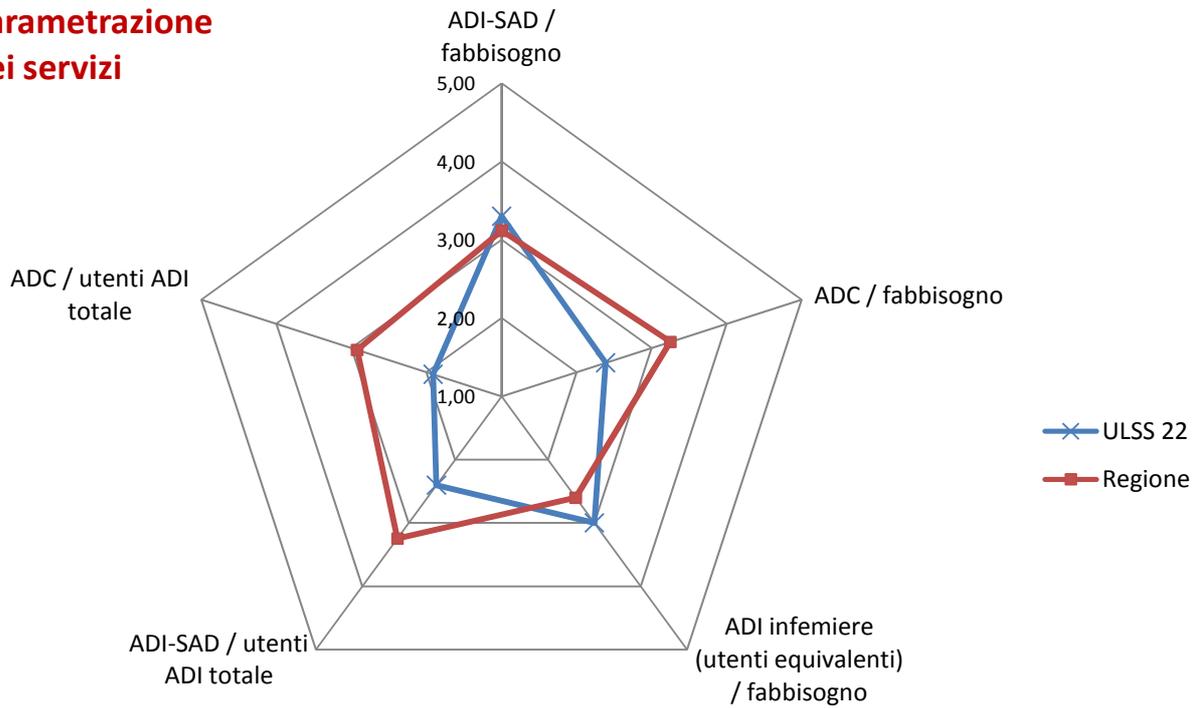
### Parametrazione dei servizi



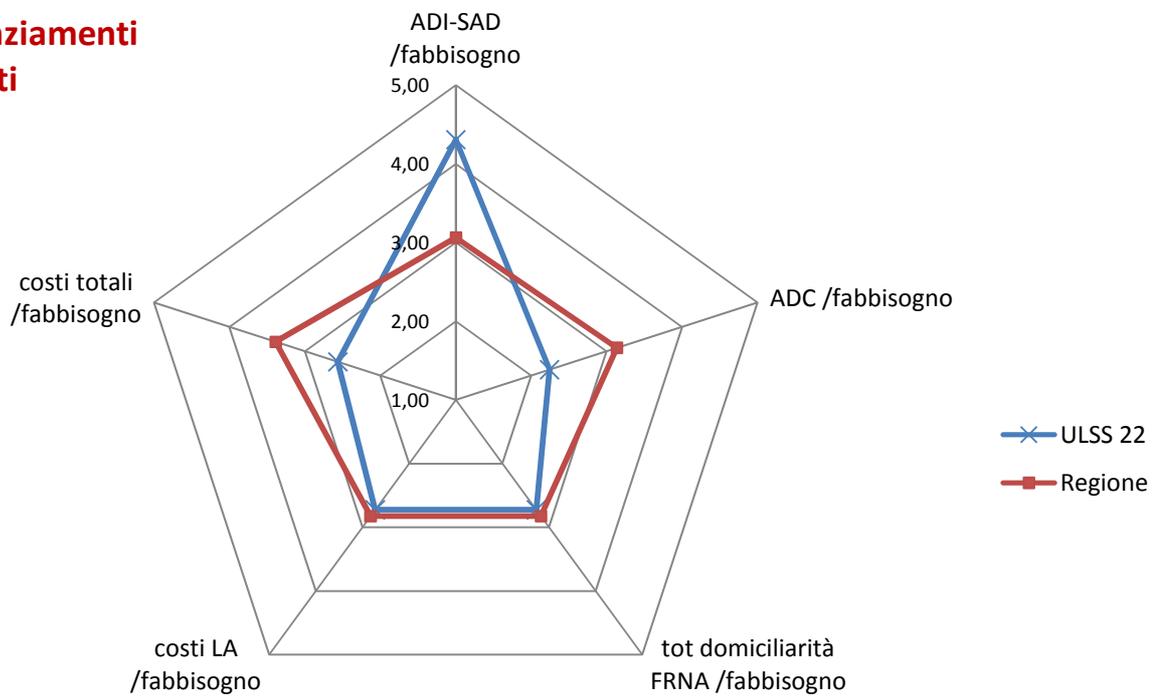
### Finanziamenti e costi



**Parametrazione  
dei servizi**



**Finanziamenti  
e costi**





# 4 Confronto residenzialità-domiciliarità

## 4.1 La situazione in Veneto

Abbiamo ricostruito nei capitoli 2 e 3 le *grandezze* relative alle prestazioni, al finanziamento e ai costi di gestione dei servizi residenziali per le persone anziane non autosufficienti e della domiciliarità per le persone non autosufficienti, tra le quali anche persone disabili (di età inferiore ai 65 anni). Abbiamo misurato i valori ottenuti sul fabbisogno – parametro definito nella programmazione dei servizi residenziali, che abbiamo scelto di utilizzare anche per quelli domiciliari – in modo da tener conto allo stesso tempo delle caratteristiche demografiche e geografiche di ciascuna ULSS.

Proviamo in questo capitolo a confrontare i principali valori ottenuti.

### 4.1.1 Confronto sui servizi

Un primo risultato che otteniamo è quello di avere una **visione d'insieme sul dimensionamento dei servizi di ciascuna Azienda rispetto alla media regionale**.

Il Grafico 41 rappresenta, per ciascuna ULSS, il posizionamento delle impegnative di residenzialità esistenti e degli utenti ADI – misurati sul fabbisogno – rispetto al valore medio regionale identificato dall'incrocio di linee rosse. Le ULSS collocate nei riquadri a destra hanno un'offerta di residenzialità superiore al fabbisogno regionale. Quelle collocate nei riquadri in alto hanno un maggiore numero di utenti: per le ULSS 12 e 20, tuttavia, il dato sull'ADI non è attendibile, per un probabile difetto di alimentazione del datawarehouse regionale, come abbiamo visto nel capitolo 3.

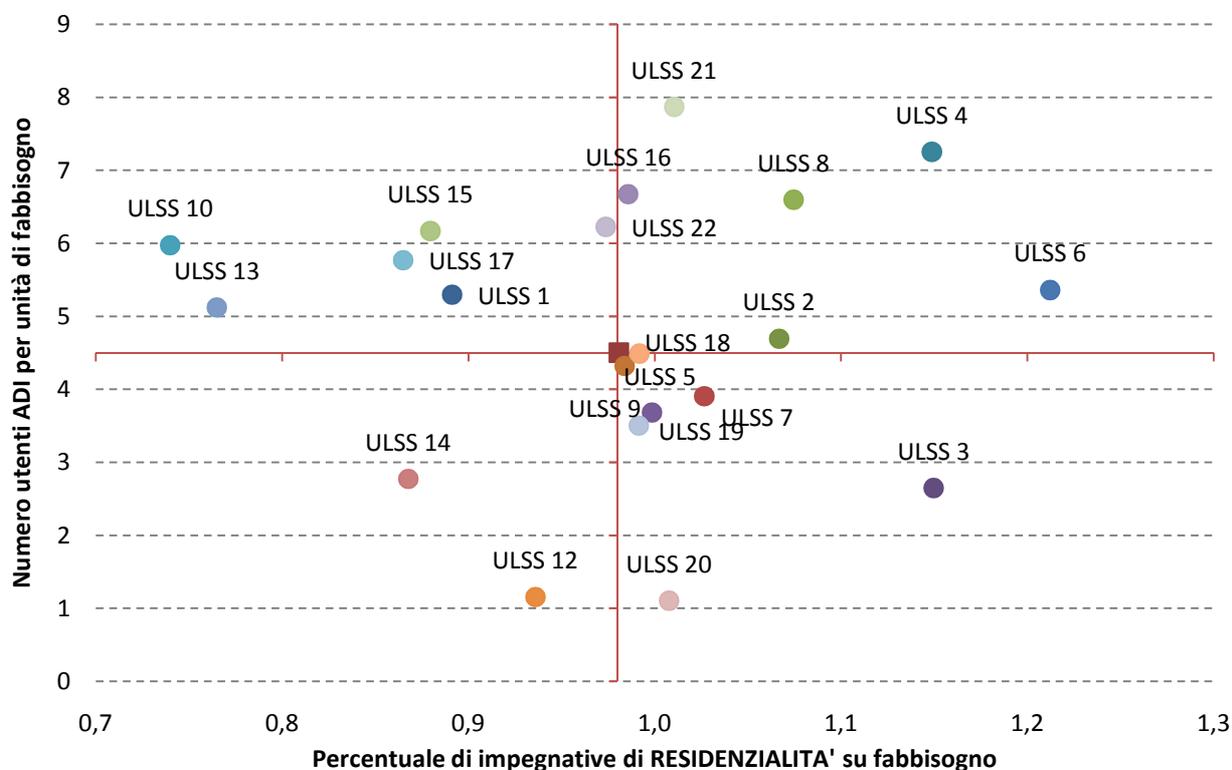


Grafico 41 – Confronto per ULSS tra totale impegnative di residenzialità (anno 2009, cfr. Tabella 15) e totale utenti assistenza domiciliare integrata (anno 2010, cfr. Tabella 71), rapportati al fabbisogno

Abbiamo visto nel capitolo 3 che le misurazioni sulla domiciliarità non sono sommabili tra loro per quanto riguarda l'utenza: un utente può esserlo anche contemporaneamente per ADI, ADI-SAD e ADC e perciò l'utenza non è definibile come sommatoria dei destinatari dei servizi rilevati. Sarà necessario, in proposito coordinare i sistemi di rilevazione.

Il Grafico 42, propone un confronto analogo al precedente, evidenziando nell'asse verticale il numero di utenti equivalenti dell'Assegno di cura. Esprime perciò un rapporto – sempre ponderato sul fabbisogno – tra il servizio di residenzialità e la corresponsione di contributo economico. Si evince dal grafico che quest'ultima ha un maggiore sviluppo nelle Aziende ULSS dove la residenzialità è sottodimensionata (riquadro in alto a sinistra).

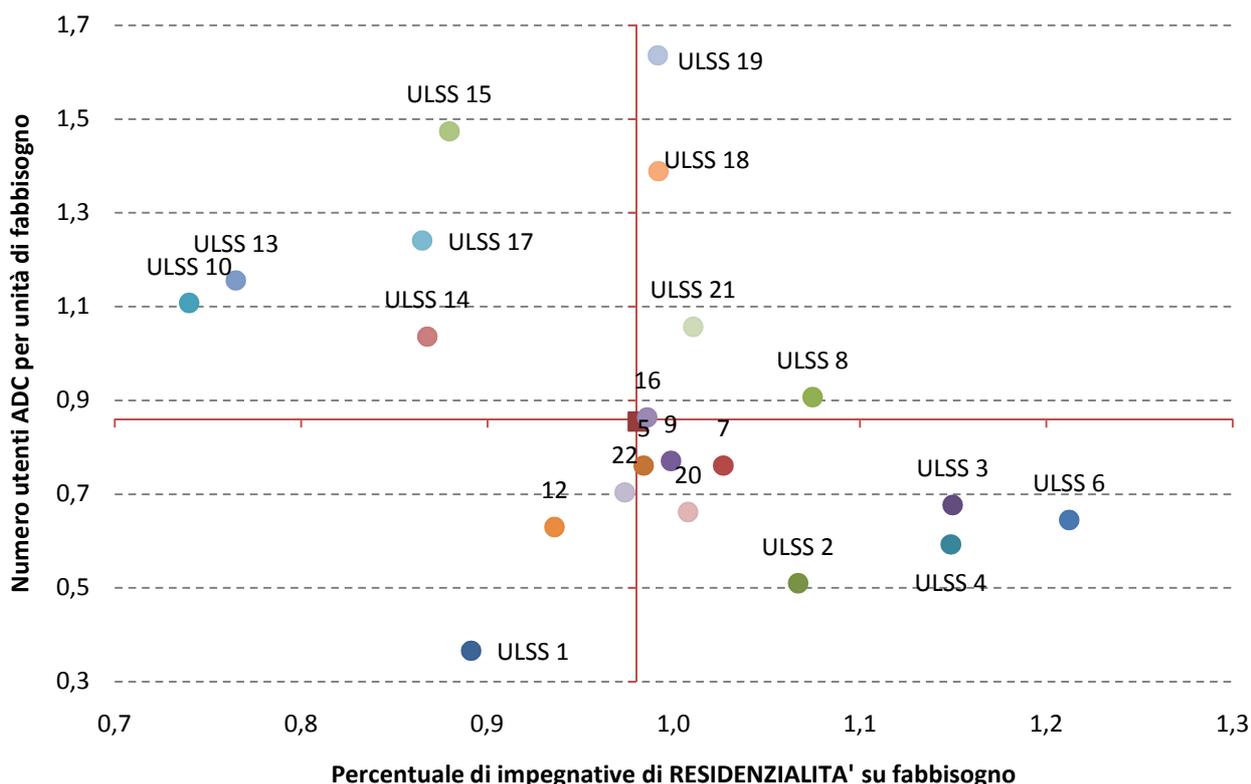


Grafico 42 – Confronto per ULSS tra impegnative di residenzialità (cfr. Tabella 15) e numero utenti equivalenti ADC (cfr. Tabella 80), rapportati al fabbisogno. Anno 2009

#### 4.1.2 Confronto sui finanziamenti e sui costi

I risultati dei precedenti capitoli ci consentono anche di pesare la sostenibilità delle politiche residenziali con quelle domiciliari tenendo conto di tutti i fattori impiegati.

Il Grafico 43 mette a confronto il finanziamento delle impegnative di residenzialità di 1° e 2° livello con il finanziamento dell'intera domiciliarità all'interno del riparto del Fondo regionale per la non autosufficienza. I valori sono sempre ponderati sul fabbisogno. Anche questo grafico evidenzia per le ULSS del quadrante in alto a sinistra una maggiore contribuzione finanziaria regionale nella domiciliarità per le Aziende sottodimensionate nella residenzialità. Tuttavia occorre rilevare che le scale sono diverse tra residenzialità e domiciliarità: mediamente a livello regionale per ogni unità di fabbisogno si impiegano poco più di 16mila € per la residenzialità e poco meno di 4.500€ per la domiciliarità.

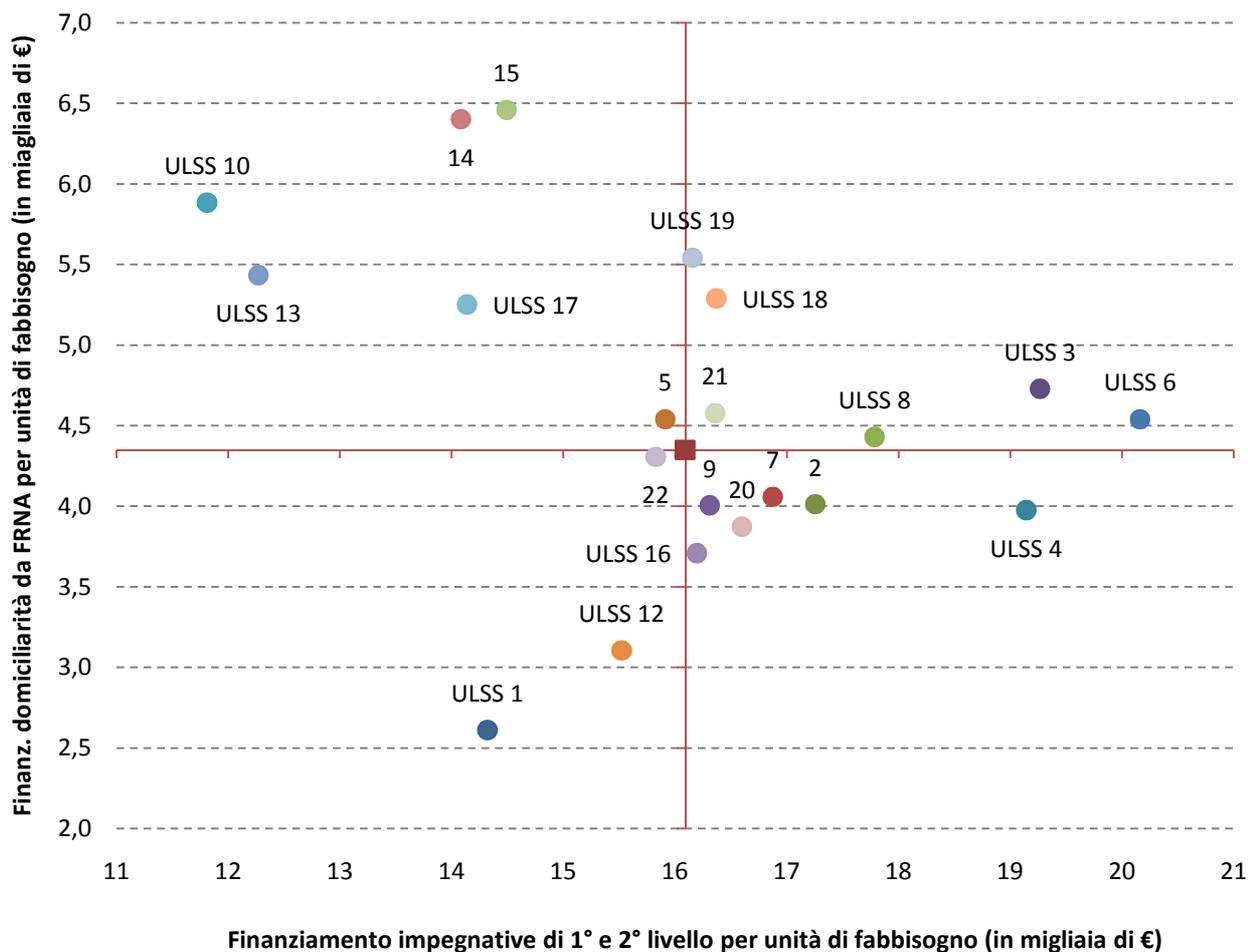


Grafico 43 - Confronto per ULSS tra finanziamento delle impegnative di residenzialità di 1° e 2° livello (cfr. Tabella 32) e finanziamento della domiciliarià con il FRNA (cfr. Tabella 88), ponderati sul fabbisogno. Anno 2009.

Per quanto riguarda i costi, prendiamo come riferimento per la residenzialità i costi totali rilevati dagli LA e per la domiciliarià il costo totale stimato: quest'ultimo è ricavato, come abbiamo definito nel capitolo 3, dalla sommatoria dei costi rilevati dai modelli LA (per i costi sanitari) con i costi rilevati dalle tavole FNA (per i costi relativi al FRNA)<sup>20</sup>.

Il Grafico 44 confronta i costi totali per unità di fabbisogno per la residenzialità e per la domiciliarià. Non si rilevano le ULSS che hanno i costi maggiori, ma quelle che hanno i maggiori costi per unità di fabbisogno. Le Aziende dov'è generalmente alto il costo della residenzialità tendono ad avere costi bassi per la domiciliarià, e viceversa.

<sup>20</sup> Diversamente dal dato sui servizi domiciliari, abbiamo ritenuto che i costi rilevati nei due ambiti siano invece sommabili tra loro.

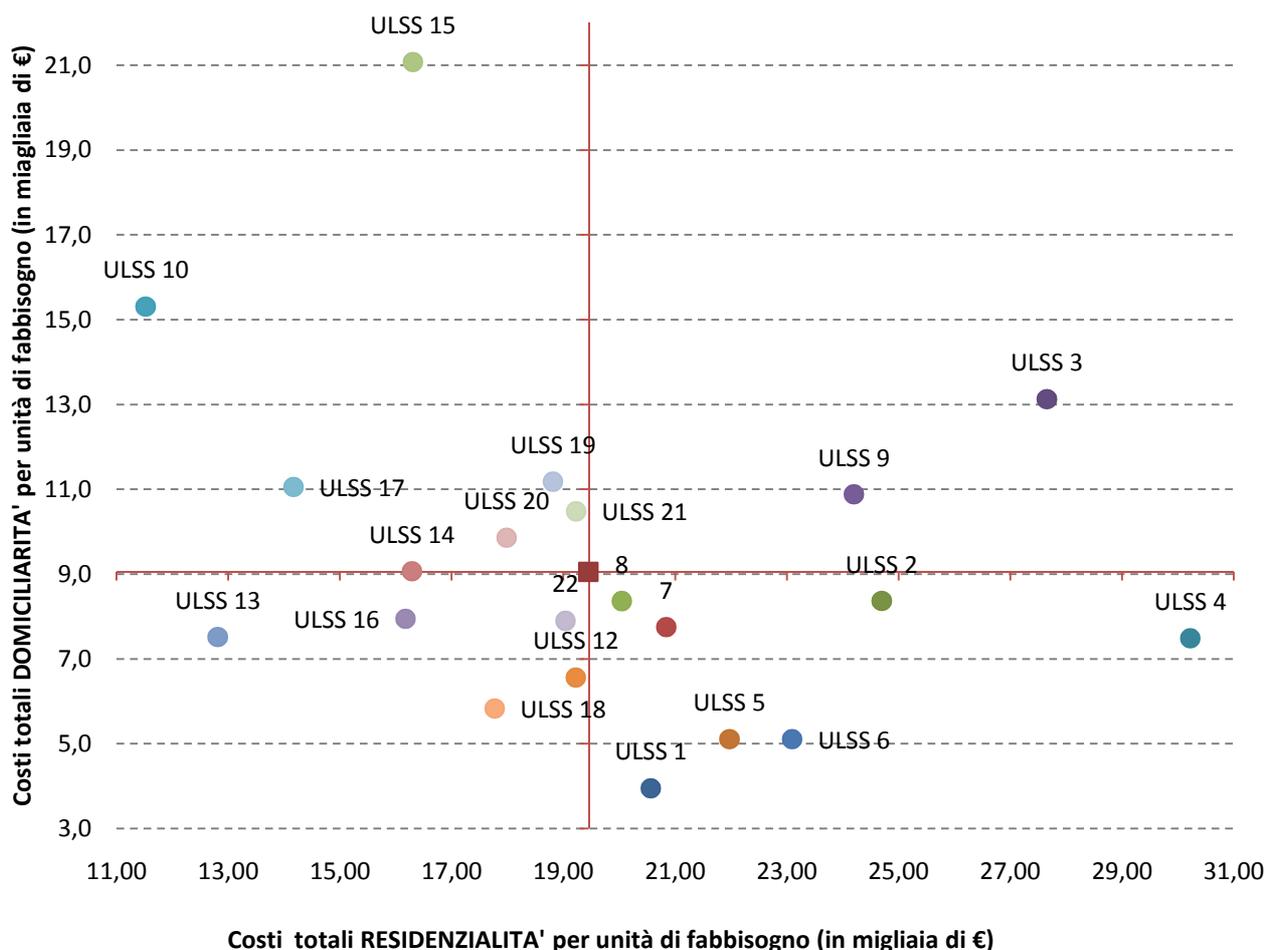


Grafico 44 - Confronto per ULSS tra costi totali della residenzialità (da modelli LA, cfr. Tabella 46 o Tabella 51) e costi totali della domiciliarità, (da modelli LA e tavole FNA, cfr. Tabella 94), ponderati sul fabbisogno. Anno 2009.

### 4.1.3 Confronto sulla produttività

Con i due grafici di questo paragrafo misuriamo e confrontiamo, invece, il rapporto tra i costi e i servizi prodotti.

Il Grafico 45 in orizzontale riporta i costi totali della residenzialità per unità di fabbisogno, stimati al netto dei religiosi, valori che abbiamo utilizzato nei grafici radiali del capitolo 2.

In verticale sono riportate le impegnative di residenzialità di 1° e 2° livello, sempre divise per il fabbisogno.

Il posizionamento delle ULSS è abbastanza regolare: ad alti volumi di produzione di servizi corrispondono maggiori costi (riquadro in alto a destra) e, viceversa, per minori volumi minori costi (in basso a sinistra).

Si tratta di risultati ragionevoli, anche per il fatto che, come abbiamo visto nel capitolo 2, i costi delle prestazioni sanitarie per gli utenti dei centri di servizio residenziali sono sostenuti (salvo rivalsa) dalle aziende presso le quali hanno sede i servizi stessi e non da quelle di provenienza degli utenti.

Interessante la situazione delle aziende del riquadro in alto a sinistra che rilevano minori costi pur in presenza di un lieve sovradimensionamento del numero delle impegnative.

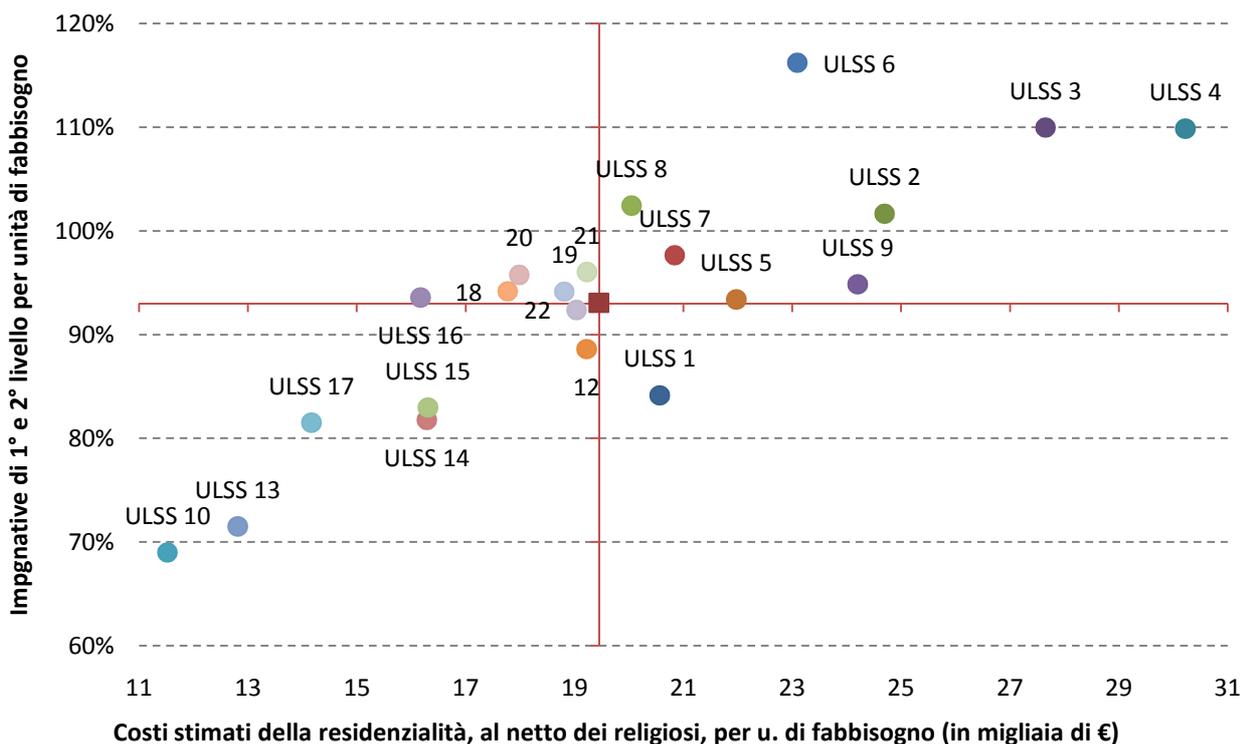


Grafico 45 – Confronto per ULSS tra i costi della residenzialità (stimati al netto dei religiosi, cfr. Tabella 59) e le impegnative di 1° e 2° livello (cfr. Tabella 57), ponderati sul fabbisogno. Anno 2009.

Da ultimo, confrontiamo i costi della domiciliarità con il numero di utenti, sempre per unità di fabbisogno. Nel Grafico 46 la distribuzione delle Aziende ULSS non segue un andamento lineare come nel Grafico 45.

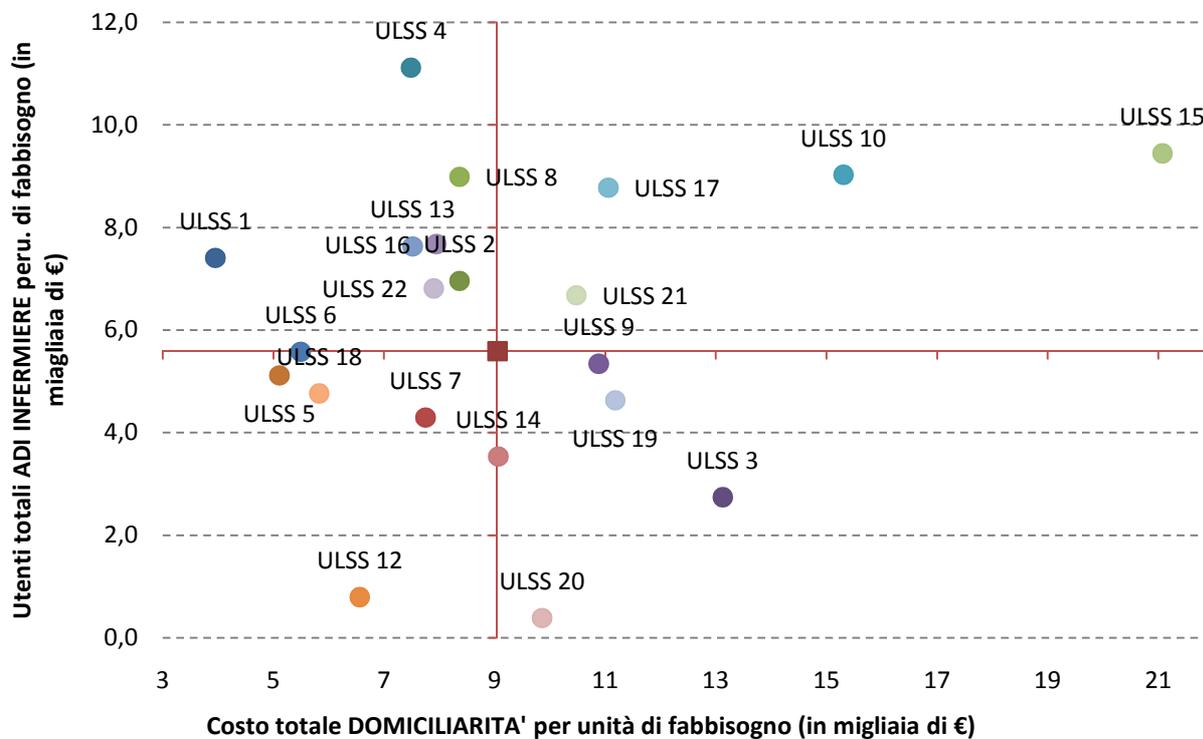


Grafico 46 – Confronto per ULSS tra i costi della domiciliarità (cfr. Tabella 97) e gli utenti ADI infermieristica (cfr. Tabella 96), per unità di fabbisogno. Anno 2009/2010

Le ragioni vanno ricercate con maggiore probabilità nella necessità di migliorare le rilevazioni sia sui costi che sui numeri degli utenti della domiciliarità, che abbiamo meglio evidenziato nel capitolo 3.

## 4.2 Il Veneto in Italia

Il Grafico 41 è confrontabile con la Figura 1, dove la residenzialità e la domiciliarità sono espresse come percentuale di anziani utenti delle rispettive tipologie di servizio. Definito il punto di equilibrio tra le due categorie «le regioni italiane non confermano il trend internazionale, per cui alla crescita di una tipologia di assistenza corrisponde l'incremento dell'altra, e viceversa, ma si distribuiscono su quattro modelli»<sup>21</sup>.

I dati che citiamo provengono dal Rapporto 2009 sull'Assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia

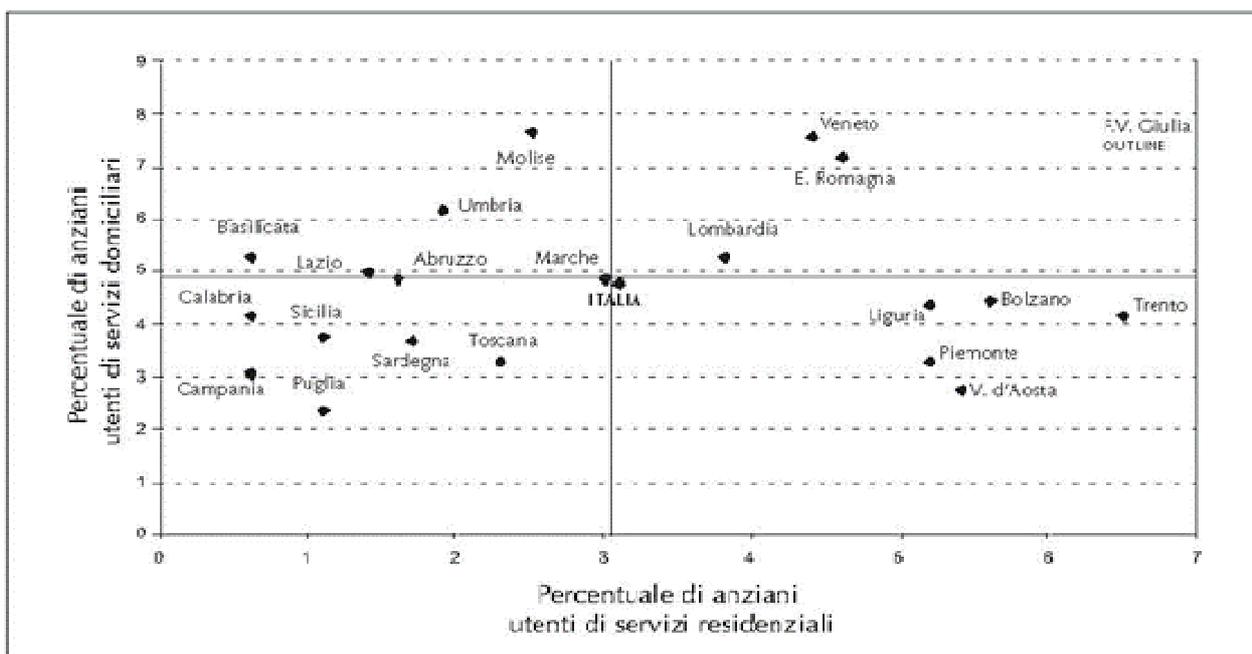


Figura 1 – Utenza di servizi domiciliari e residenziali nelle Regioni. % di anziani 2005-2007. Fonte: NNA. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009.

I quattro modelli individuati nel Rapporto 2009 sono:

- "lo sviluppo equilibrato", dove sia la domiciliarità sia la residenzialità si collocano sopra la media nazionale (quadrante in alto a destra), in particolare l'Emilia-Romagna e il Veneto;
- "la predominanza della domiciliarità", dove quest'ultima è superiore alla media e la residenzialità inferiore (quadrante in alto a sinistra); come l'Umbria e il Molise;
- "la predominanza della residenzialità", dove la situazione è opposta (quadrante in basso a destra); in particolare il Piemonte;
- "l'offerta debole", dove entrambe le percentuali sono inferiori alla media (quadrante in basso a sinistra); la maggior parte delle regioni meridionali.

<sup>21</sup> "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009". A cura di N.N.A. Network Non Autosufficienza. Maggioli Editore, 2009. Il volume è scaricabile liberamente da <http://www.maggioli.it/rna/> dov'è disponibile anche il Rapporto 2010.

# 5 Approfondimenti

## 5.1 I livelli essenziali di assistenza in area socio-sanitaria

Le prestazioni del FRNA coprono i livelli essenziali di assistenza in area socio-sanitaria definiti in attuazione del DPCM 29 novembre 2001, sia quelli che devono essere garantiti a livello nazionale che quelli aggiuntivi definiti dalla programmazione regionale, che hanno trovato una prima enucleazione con le DGR 2227/2002 e 3972/2002.

Si riporta qui di seguito lo schema relativo alle aree della non autosufficienza contenuto nella DGR 3972/2002, con il quale si definisce per ciascun livello la fonte se si tratta di azioni da finanziare con la spesa sanitaria (di competenza regionale) o con la spesa sociale (di competenza comunale) e in che misura percentuale. L'ultima colonna a destra evidenzia quali prestazioni costituiscono un livello ulteriore regionale rispetto ai LEA definiti a livello nazionale, comunemente definite "Extra LEA".

### Area Anziani

PRESTAZIONI	SPESA SANITARIA	SPESA SOCIALE	LIVELLO ULTERIORE REGIONALE (c.d. extra LEA)
<b>A) Prestazioni ambulatoriali di medicina generale, di medicina specialistica, di assistenza infermieristica, di riabilitazione e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti</b>	100%	0	
<b>B) Assistenza domiciliare integrata (ADI) e assistenza programmata, secondo il piano individualizzato:</b>			
- prestazioni afferenti funzioni sanitarie	100%		
- prestazioni di assistenza diretta alla persona (assistenza tutelare e di collaborazione con le figure infermieristiche). <i>Non si tratta di prestazioni proprie dell'infermiere professionale, ma di prestazioni effettuate da operatori diversi che collaborano con l'infermiere professionale, di tipo socio-sanitario. La componente sanitaria può essere minima e deve essere individuata all'interno delle singole realtà territoriali.</i> <i>* Comprensivo del contributo ai Comuni di cui al capitolo 60043 (oggi colonna "ADI" nel riparto della domiciliarità, cap. 101176), che, se pure assegnato ai Comuni, viene alimentato dal Fondo sanitario.</i>	Fino al 60%*	Almeno il 40%	
- prestazioni educative organizzative fornite come sostegno all'organizzazione familiare e/o al contesto domiciliare (servizi di auto-aiuto, sostituzione a tempo dei familiari, disbrigo pratiche, fornitura pasti, aiuto domestico).		100 %	
- assegni di cura di cui alla LR 28/91 e all'art. 40 della LR 5/2001.	100%		Extra LEA
- iniziative di telesoccorso e teleassistenza <i>Salva la quota di compartecipazione dell'utente di cui alla DGR 2509/07</i>	100%		Extra LEA
<b>C) assistenza domiciliare semplice (SAD)</b>		100%	
<b>D) prestazioni di semiresidenzialità socio-sanitaria presso i centri diurni (...)</b> comprensive di prestazioni di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti anche quando attengono al sollievo della famiglia. La convenzione tra ULSS e strutture garantisce le prestazioni e le forniture sanitarie, secondo lo schema di convenzione approvato dalla Regione. <i>* Con riferimento al valore medio della retta regionale, definita sulla base</i>	50%*	50%*	

degli standard regionali, previo parere della conferenza regionale per la programmazione socio-sanitaria.

E) prestazioni di residenzialità socio-sanitaria comprensive delle prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative presso i centri di servizio autorizzati/accreditati.

La convenzione tra ULSS e strutture garantisce le prestazioni e le forniture sanitarie, secondo lo schema di convenzione approvato dalla Regione. Per quanto riguarda gli SVP e i SAPA e le apposite sezioni delle grandi strutture (2537/2000 – IRE) si applicano le direttive di cui alle DGR 702/2000, 2208/2001 e 2537/2000)

\* Con riferimento al valore medio della retta regionale, definita sulla base degli standard regionali, previo parere della conferenza regionale per la programmazione socio-sanitaria.

Tabella 98 - Livelli di assistenza: Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani e persone non autosufficienti – Fonte DGR 3972/2002

#### Area Disabili fisici, psichici, sensoriali

PRESTAZIONI	SPESA SANITARIA	SPESA SOCIALE	LIVELLO ULTERIORE REGIONALE (c.d. extra LEA)
A) Prestazioni ambulatoriali di medicina generale, di medicina specialistica, di assistenza psicologica, infermieristica, di riabilitazione e recupero funzionale	100%		
B) Assistenza domiciliare integrata (ADI) e assistenza programmata, secondo il piano individualizzato			
- prestazioni afferenti funzioni sanitarie	100%		
- prestazioni di assistenza diretta alla persona (assistenza tutelare e di collaborazione alle figure infermieristiche Le prestazioni di assistenza diretta alla persona, erogate da operatori diversi dall'infermiere professionale, hanno un rilievo sia sanitario che sociale e la componente sanitaria può essere minima. Tale componente deve essere individuata all'interno delle singole realtà territoriali. * Comprensivo del contributo ai Comuni di cui al capitolo 60043 (oggi colonna "ADI" nel riparto della domiciliarità, cap. 101176), che, se pure assegnato ai Comuni, viene alimentato dal Fondo sanitario.	Fino al 60%*	Almeno il 40%	
C) assistenza domiciliare semplice (SAD)		100%	
D) Assistenza protesica	100%		
E) Rimborso spese a cura di programmi riabilitativi all'estero in centri di elevata specializzazione	100%		
F) Prestazioni dei centri e presidi di riabilitazione ex DPR 14.1.1997 e DGR 253/2000 (tempo pieno, diurno, ambulatoriale, domiciliare, extramurale, diurnato diagnostico, prima visita) sulla base del percorso individualizzato ed entro termini temporali definiti.	100%		
G) Prestazioni in regime semiresidenziale nella fase di lungo assistenza (CEOD, ora Centri Diurni)			
- prestazioni diagnostiche e terapeutiche	100%		
- prestazioni riabilitative, educative e di socializzazione anche quando attengono al sollievo della famiglia	67,5%	32,5%	Extra LEA
H) Prestazioni di residenzialità socio-sanitaria presso i centri di servizio accreditati, comprensive delle prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative. * Con riferimento al valore medio della retta regionale, definita sulla base	50%*	50%*	L'onere del 10% di spesa sanitaria

<i>degli standard regionali, previo parere della conferenza regionale per la programmazione socio-sanitaria.</i>			
HH) Prestazioni di residenzialità socio-sanitaria a superiore intensità lungoassistenziale presso le apposite sezioni delle grandi strutture di cui alla DGR 2537/2000. <i>* Con riferimento al valore medio della retta regionale, definita sulla base degli standard regionali, previo parere della conferenza regionale per la programmazione socio-sanitaria.</i>	70%	30%**	aggiuntivo rispetto al 40% previsto dal DPCM corrisponde ad un ulteriore livello regionale.
HHH) comunità alloggio.	30%	70%	
La convenzione tra ULSS e Strutture residenziali garantisce le prestazioni e le forniture sanitarie, secondo lo schema di convenzione tipo approvato dalla Regione.			
I) Assistenza sociale, scolastica ed educativa e programmi di inserimento sociale ed educativo		100%	

Tabella 99 - Livelli di assistenza: Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali – Fonte: DGR 3972/2002

## 6 Appendice normativa

---

### **Legge regionale 27 febbraio 2008, n. 1 (BUR n. 19-1/2008) LEGGE FINANZIARIA REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2008**

(...)

*Art. 3 - Fondo regionale per la non autosufficienza.*

1. Al fine di ampliare ed implementare il sistema regionale di assistenza sociale e di protezione per le persone non autosufficienti e di tutelare le loro famiglie, di potenziare la rete dei servizi e garantire le prestazioni attraverso la realizzazione di progetti individuali per le persone non autosufficienti, nonché di erogare titoli per la fruizione di prestazioni sociali e socio-sanitarie commisurati alla gravità del bisogno, a decorrere dal 1° luglio 2008 è istituito il fondo regionale per la non autosufficienza.

2. Nel fondo di cui al comma 1 confluiscono:

a) le risorse del fondo per la non autosufficienza di cui all'articolo 43 della legge regionale 14 gennaio 2003, n. 3 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2003";

b) le risorse del fondo per la domiciliarità di cui all'articolo 26 della legge regionale 25 febbraio 2005, n. 9 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2005";

c) le risorse destinate al finanziamento del servizio di telesoccorso e telecontrollo a domicilio con sistemi telematici integrati;

d) le risorse destinate al finanziamento dell'attività di assistenza semiresidenziale di tipo riabilitativo ed educativo nei centri diurni delle persone con disabilità, rientranti nell'ambito delle somme assegnate alle aziende ULSS per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 e alla deliberazione della Giunta regionale 3972/2002 e successive modificazioni ed integrazioni.

3. Nel fondo di cui al comma 1 confluiscono altresì le risorse derivanti dallo Stato o da altri soggetti pubblici o privati destinati alla non autosufficienza.

4. omissis

5. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo si fa fronte con le risorse allocate nell'upb U0243 "Fondo regionale per la non autosufficienza" del bilancio di previsione 2008 e pluriennale 2008-2010.

6. Ogni disposizione in contrasto con il presente articolo si intende implicitamente abrogata.

(...)

### **Legge regionale 18 dicembre 2009, n. 30 (BUR n. 104/2009) DISPOSIZIONI PER LA ISTITUZIONE DEL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E PER LA SUA DISCIPLINA**

*Art. 1 - Oggetto.*

1. La Regione del Veneto, nel rispetto delle disposizioni del Titolo V della Costituzione, al fine di assicurare alle persone non autosufficienti un sistema regionale di assistenza sociale e socio-sanitaria e di protezione nonché di tutelare le famiglie o i soggetti che le assistono, istituisce e disciplina il fondo regionale per la non autosufficienza, di seguito denominato Fondo, ricomprendendo al suo interno il fondo per la non autosufficienza di cui dall'articolo 3 della legge regionale 27 febbraio 2008, n. 1 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2008".

2. La presente legge individua i destinatari e disciplina le modalità di costituzione, di alimentazione e di gestione del Fondo, e le prestazioni a carico del Fondo stesso.

3. Il Fondo garantisce universalità di accesso al servizio e il diritto di scelta delle prestazioni da parte dei destinatari, nel rispetto dei criteri generali della programmazione regionale in materia socio-sanitaria.

#### *Art. 2 - Destinatari.*

1. Ai fini della presente legge sono non autosufficienti le persone che, solo con l'aiuto determinante di altri, possono provvedere alla cura della propria persona e possono mantenere una normale vita di relazione e le persone con disabilità che necessitano di interventi socio-riabilitativi e assistenziali in modo continuativo.

2. La Giunta regionale, previo parere della competente commissione consiliare, stabilisce:

a) i criteri per l'individuazione e l'accertamento della non autosufficienza, anche sulla base dei principi della "International classification of functioning, disability and health" (ICF) dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS);

b) le procedure di valutazione del bisogno assistenziale da seguire nel progetto individualizzato approvato dall'Unità valutativa multidimensionale distrettuale (UVMD);

c) i requisiti e le modalità di accesso alle prestazioni da erogare a favore della persona non autosufficiente;

d) lo schema-tipo dell'accordo che va stipulato tra l'azienda unità locale socio sanitaria (ULSS) di residenza della persona assistita e i fruitori delle prestazioni e l'ente locale, contenente le modalità di erogazione dei servizi.

3. Il parere della competente commissione consiliare di cui al comma 2 è reso entro trenta giorni dalla richiesta; decorso tale termine la Giunta regionale può prescindere. In sede di prima applicazione il provvedimento della Giunta regionale di cui al comma 2 è approvato entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

4. Le prestazioni sono erogate sulla base del progetto individualizzato approvato dall'Unità valutativa multidimensionale distrettuale (UVMD) della azienda ULSS competente.

5. Le prestazioni a carico del Fondo sono liberamente scelte, a garanzia degli interessi della persona non autosufficiente; tale scelta avviene in seguito alla stipulazione di un accordo sottoscritto sulla base dello schema-tipo di cui al comma 2, lettera d).

#### *Art. 3 - Finalità del Fondo.*

1. Ferme restando le competenze del servizio sanitario regionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie acute e croniche da cui può derivare una condizione di non autosufficienza permanente, il Fondo ha le seguenti finalità:

a) potenziare la rete dei servizi e garantire le prestazioni assistenziali;

b) erogare contributi economici commisurati alla gravità del bisogno;

c) assicurare l'accesso ai centri di servizio di tipo residenziale o semiresidenziale, autorizzati ai sensi della legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali" e successive modificazioni;

d) sviluppare iniziative di solidarietà, anche con l'intervento di soggetti pubblici e privati che erogano servizi a carattere sociale e socio-sanitario, finalizzate ad agevolare il mantenimento presso il domicilio della persona non autosufficiente.

#### *Art. 4 - Prestazioni del Fondo.*

1. Il Fondo finanzia l'accesso alle prestazioni e ai servizi sociali e socio-sanitari non sostitutivi di quelli sanitari, così come indicati nel decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie", e tenuto conto delle prestazioni aggiuntive regionali. Non sono a carico del Fondo le prestazioni sanitarie individuate dalla Giunta regionale in applicazione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e successive modificazioni.

2. A carico del Fondo sono compresi:

a) prestazioni erogate a domicilio o contributi economici, anche sotto forma di assegni di cura;

- b) prestazioni di assistenza domiciliare integrata socio-sanitaria, nell'ambito di programmi di intervento a favore di persone non autosufficienti;
- c) prestazioni in regime semiresidenziale, nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili, comprensive delle prestazioni riabilitative, educative e di socializzazione, anche quando attengono al sollievo della famiglia;
- d) prestazioni a carattere socio-sanitario in regime semiresidenziale, comprensive di azioni di recupero e di mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti, anche quando attengono al sollievo della famiglia;
- e) prestazioni a carattere socio-sanitario rese in centri di servizio residenziali a favore di disabili fisici, psichici, intellettivi e sensoriali;
- f) prestazioni a carattere socio-sanitario rese in centri di servizio residenziali a favore di persone non autosufficienti;
- g) interventi di telesoccorso e telecontrollo;
- h) prestazioni a carattere previdenziale, quali oneri sociali e contributi figurativi per i soggetti che assistono persone non autosufficienti.

#### *Art. 5 - Ripartizione e gestione del Fondo.*

1. La Giunta regionale, previo parere della competente commissione consiliare, entro il 31 dicembre di ogni anno, provvede alla ripartizione del Fondo sulla base di criteri contestualmente fissati e concernenti:

- a) indicatori demografici e socio-economici;
- b) indicatori relativi alla incidenza della popolazione in condizioni di disabilità e di non autosufficienza;
- c) indicatori relativi alle persone disabili e non autosufficienti accolte nei centri di servizio residenziali e semiresidenziali;
- d) indicatori relativi alla consistenza della dotazione di servizi alla persona, di centri di servizio, della rete dei servizi per la prevenzione e cura, sia pubblici che privati.

2. Al fine di garantire l'applicazione dei principi di sussidiarietà e trasparenza amministrativa, la Giunta regionale assicura la più ampia partecipazione dei soggetti che operano nella gestione del sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali a favore delle persone non autosufficienti. Al fine della predisposizione dei criteri di ripartizione del Fondo, di cui al comma 1, la Giunta regionale consulta i soggetti maggiormente rappresentativi nel territorio regionale degli interessi delle persone non autosufficienti di cui all'articolo 2.

3. La Giunta regionale per la elaborazione dei criteri di cui al comma 1 acquisisce il parere della Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria, di cui all'articolo 113 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112" e successive modificazioni, da esprimersi entro trenta giorni, trascorsi i quali esso si intende espresso favorevolmente.

**4. Le risorse appartenenti al Fondo vengono assegnate con vincolo di destinazione alle aziende ULSS competenti territorialmente e gestite con contabilità separata.**

**5. L'accesso al Fondo e la sua gestione esecutiva sono affidati alle aziende ULSS, tenuto conto dei livelli di programmazione approvati dalla conferenza dei sindaci ai sensi degli articoli 5 e 8 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e successive modificazioni.**

#### *Art. 6 - Misura delle prestazioni.*

1. La Giunta regionale definisce annualmente l'importo massimo mensile a carico del Fondo per le prestazioni di cui all'articolo 4, previo parere della competente commissione consiliare che si esprime entro trenta giorni, trascorsi i quali si prescinde dal parere.

**2. Le prestazioni garantite dal Fondo non sono sostitutive bensì integrative di quelle sanitarie o di rilievo sanitario e sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza integrata socio-sanitaria.**

3. Per i beneficiari delle prestazioni a carico del Fondo, l'indennità di accompagnamento è considerata ai fini dell'approvazione del progetto individualizzato di cui all'articolo 2; **non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa per le prestazioni a carattere semiresidenziale erogate presso i centri diurni a favore dei soggetti disabili.**

4. Per i beneficiari delle prestazioni a carattere residenziale, l'importo di cui al comma 1 è ridotto in misura pari alle somme percepite a titolo di trattamento pensionistico, ferma restando la conservazione di una quota del medesimo non inferiore alla somma corrispondente al 25 per cento del trattamento minimo di pensione INPS per i lavoratori dipendenti.

5. Per le prestazioni a carattere residenziale di cui al comma 4 e per la parte di spesa non coperta dai livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) la Giunta regionale, previo parere della competente commissione consiliare, adotta un atto di indirizzo che stabilisce i criteri per la compartecipazione alla spesa al fine di assicurare uniformità ed omogeneità agli interventi sul territorio regionale.

6. Qualora le prestazioni erogate siano di natura mista, l'importo di cui al comma 1 è erogato in misura proporzionale alla tipologia degli interventi prestati.

7. Le prestazioni erogate direttamente dalle amministrazioni locali e dalle aziende ULSS fanno parte delle prestazioni a carico del Fondo e il relativo costo è detratto dall'importo massimo erogabile.

8. Le prestazioni a carico del Fondo sono ridotte proporzionalmente alla soddisfazione dei bisogni della persona e al mantenimento dei servizi in essere di cui la stessa usufruisce in caso di ricovero in struttura ospedaliera per un periodo superiore a trenta giorni e con decorrenza dal trentunesimo giorno.

#### *Art. 7 - Dotazione del Fondo.*

1. Il Fondo è alimentato dalle risorse finanziarie di seguito elencate:

a) stanziamenti previsti dal bilancio della Regione del Veneto per gli interventi e le prestazioni relative al fondo regionale per la non autosufficienza di cui all'articolo 3 della legge regionale 27 febbraio 2008, n. 1 ;

b) **assegnazioni dello Stato finalizzate agli interventi e alle prestazioni a carattere sociale e socio-sanitario;**

c) contributi degli enti locali, comprensivi della quota per le prestazioni sociali delle quali sono titolari, secondo gli indirizzi stabiliti dalla Giunta regionale, previo parere della Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria di cui all'articolo 113 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 e successive modificazioni;

d) eventuali risorse e contributi comunque disposti da soggetti pubblici o privati, anche sotto forma di lasciti e donazioni;

e) interessi attivi e proventi derivanti dalla gestione del Fondo;

f) quota del gettito dell'addizionale regionale IRPEF, da determinarsi annualmente con legge regionale finanziaria, nonché ulteriori entrate da determinarsi con successiva legge regionale.

#### *Art. 8 - Monitoraggio, verifiche e controlli.*

1. La Giunta regionale definisce le modalità di monitoraggio, verifica e controllo del sistema delle prestazioni erogate in base alla presente legge, nonché di gestione dei finanziamenti pubblici e dei risultati ottenuti.

#### *Art. 9 - Abrogazioni.*

1. Sono o restano abrogate le seguenti disposizioni:

a) il paragrafo 4.3.1 dell'Allegato alla legge regionale 20 luglio 1989, n. 22 , "Piano sociale regionale per il triennio 1989-1991";

b) l'articolo 34 della legge regionale 30 gennaio 2004, n. 1 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2004";

- c) l'articolo 26 legge regionale 25 febbraio 2005, n. 9 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2005" e l'articolo 1 della legge regionale 16 agosto 2007, n. 23 "Disposizioni di riordino e semplificazione normativa - collegato alla legge finanziaria 2006 in materia di sociale, sanità e prevenzione";
- d) il comma 4 dell'articolo 3 della legge regionale 27 febbraio 2008, n. 1 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2008".

*Art. 10 - Dichiarazione d'urgenza.*

1. La presente legge è dichiarata urgente ai sensi dell'articolo 44 dello Statuto ed entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto.

## **Legge regionale 25 febbraio 2005, n. 9 (BUR n. 24/2005) LEGGE FINANZIARIA REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2005**

(...)

*Art. 26 - Istituzione del fondo per la domiciliarità – Testa storica*

***Articolo abrogato da lett. c) comma 1 art. 9 legge regionale 18 dicembre 2009, n. 30 ; in precedenza il comma 2 dell'art. 3 della legge regionale 27 febbraio 2008, n. 1 stabiliva che le risorse previste dal presente articolo confluissero nel fondo regionale per la non autosufficienza istituito e disciplinato dal medesimo articolo 3.***

1. È istituito il fondo per la domiciliarità destinato al finanziamento di:

- a) interventi a favore delle persone anziane non autosufficienti;
- b) interventi a favore delle persone disabili in condizione di gravità.

2. Gli interventi con caratteristiche universalistiche di cui al comma 1, lettera a), sono destinati alle persone anziane non autosufficienti assistite a domicilio, alle famiglie che assistono persone non autosufficienti avvalendosi di assistenti familiari e agli interventi di sollievo, ai sensi della legge regionale 6 settembre 1991, n. 28 "Provvidenze a favore delle persone non autosufficienti assistite a domicilio e norme attuative delle residenze sanitarie assistenziali" e successive modificazioni, dell'articolo 40 della legge regionale 9 febbraio 2001, n. 5 "Provvedimento generale di rifinanziamento e di modifica di leggi regionali per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione (Legge finanziaria 2001)", dell'articolo 13, comma 2, lettera e), della legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5 "Piano sociosanitario regionale per il triennio 1996/1998", nonché delle deliberazioni della Giunta regionale 11 ottobre 2002, n. 2907 e 31 dicembre 2001, n. 3960.

3. Gli interventi con caratteristiche universalistiche di cui al comma 1, lettera b), sono destinati alle persone disabili in condizione di gravità, ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" e successive modificazioni, della legge 28 agosto 1997, n. 284 "Disposizioni per la prevenzione della cecità e per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati", nonché della legge regionale 6 settembre 1991, n. 28 e dell'articolo 13 della legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5 .

4. Per l'anno 2005 gli interventi di cui ai commi 2 e 3 sono attuati con le medesime modalità gestionali utilizzate nel 2004. La Giunta regionale con proprio provvedimento, sentita la competente Commissione consiliare, definisce, garantendo la prosecuzione degli interventi già assicurati, le linee guida per la predisposizione del piano locale della domiciliarità da parte delle conferenze dei sindaci, le modalità di sperimentazione ed i criteri per la programmazione locale, che avranno effetto dal successivo anno finanziario.

5. A partire dall'anno 2005 i servizi di assistenza personalizzata per la vita indipendente, destinati a persone con disabilità grave, sono finanziati con parte del fondo di cui al comma 1 lettera b) in misura non inferiore ad euro 4.000.000,00.

6. Per l'attuazione del presente articolo è autorizzata, per l'esercizio 2005, una spesa di euro 62.515.000,00 (upb U0152 "Servizi a favore delle persone disabili, adulte ed anziane").

7. Fatto salvo quanto previsto al comma 4, a decorrere dalla pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto del provvedimento della Giunta regionale di cui al medesimo comma, sono abrogati:

a) la legge regionale 6 settembre 1991, n. 28 "Provvidenze a favore delle persone non autosufficienti assistite a domicilio e norme attuative delle residenze sanitarie assistenziali" come novellata da:

1) articolo 16 della legge regionale 27 gennaio 1993, n. 8 "Provvedimento generale di rifinanziamento e di modifica di leggi regionali per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione (Legge finanziaria 1993)";

2) articolo 70 della legge regionale 28 gennaio 2000, n. 5 "Provvedimento generale di rifinanziamento e di modifica di leggi regionali per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione (Legge finanziaria 2000)";

b) il regolamento regionale 27 dicembre 1991, n. 9 "Determinazione delle procedure e delle modalità previste dall'articolo 3, comma 3 della legge regionale 6 settembre 1991, n. 28 per la gestione delle provvidenze a favore delle persone non autosufficienti assistite a domicilio";

c) l'articolo 40 della legge regionale 9 febbraio 2001, n. 5 "Provvedimento generale di rifinanziamento e di modifica di leggi regionali per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione (Legge finanziaria 2001)", come modificato dall'articolo 6 della legge regionale 16 agosto 2002, n. 28 .

(...)

## **Legge regionale 18 marzo 2011, n. 7 (BUR n. 23-1/2011)**

### **LEGGE FINANZIARIA REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2011**

(...)

*Art. 8 - Fondo regionale di rotazione per la costruzione e ristrutturazione del patrimonio immobiliare destinato a servizi sociali e socio-sanitari.*

1. È istituito un fondo regionale di rotazione per la concessione di finanziamenti in conto capitale a rimborso, senza oneri per interessi, destinato alla costruzione, ristrutturazione, acquisto arredi o ogni tipologia di manutenzione del patrimonio immobiliare pubblico e privato destinato a servizi sociali e socio-sanitari.

2. Sono destinatari degli interventi di cui al comma 1 i soggetti pubblici e privati di cui all'articolo 128 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112".

3. Il fondo può essere integrato con somme versate da istituti di credito, fondazioni bancarie, enti locali ovvero altri soggetti pubblici e privati, sulla base di specifiche convenzioni.

4. La Giunta regionale, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sentita la competente commissione consiliare che si esprime entro sessanta giorni decorsi i quali si prescinde, determina le modalità di presentazione delle domande per l'accesso al fondo e i criteri di erogazione delle somme a rimborso e senza oneri per interessi, sulla base delle seguenti prescrizioni:

a) erogazione di somme in conto capitale sulla base di una convenzione con i soggetti beneficiari che erogano servizi sociali e socio-sanitari, che preveda specifici obblighi di garanzia ed eventuali altri accessori a loro carico;

b) obbligo per i beneficiari degli interventi previsti dal presente articolo a non mutare la destinazione degli immobili per la durata della convenzione e comunque per un periodo non inferiore a cinque anni previa

autorizzazione della Giunta regionale e, comunque sempre nel rispetto delle destinazioni previste dal comma 1, salvo quanto previsto dal comma 5;

c) possibilità di prevedere la durata del finanziamento a rimborso per un massimo di venticinque anni;

d) indicazione nell'autorizzazione all'esercizio delle strutture o nel rinnovo di autorizzazione che l'opera è stata realizzata con il contributo regionale;

e) corrispondenza alla previsione normativa di cui alla legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali".

5. La Giunta regionale e la struttura regionale competente per i servizi sociali svolgono attività di monitoraggio e controllo sullo stato di attuazione degli interventi e in particolare sulla puntuale osservanza delle clausole delle convenzioni previste al comma 4. In caso di violazione della convenzione, fatto salvo specifico nullaosta da parte della Giunta regionale, nel caso permanga l'interesse socio-economico dell'operazione in essere, si fa valere la garanzia, con la eventuale revoca dell'intervento e restituzione della somma già erogata.

6. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, quantificati in euro 50.000.000,00 per l'esercizio 2011, si fa fronte con le risorse allocate nell'upb U0154 "Interventi strutturali a favore delle persone disabili, adulte ed anziane" e le somme derivanti dalle quote rimborsate dai soggetti titolari degli interventi vengono introitate nell'upb E0056 "Rimborso di crediti da enti del settore pubblico" del bilancio di previsione 2011.

7. I commi 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 dell'articolo 36 della legge regionale 30 gennaio 2004, n. 1 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2004" e successive modificazioni, sono abrogati.

(...)

## **Legge regionale 30 gennaio 2004, n. 1 (BUR n. 12/2004) – Testo storico LEGGE FINANZIARIA REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2004**

*Art. 36 – Contributi per l'adeguamento e la realizzazione di strutture, impianti e arredi nel settore socio-sanitario. – Testo storico*

*Commi da 1 a 7 abrogati da art. 8, comma 7, legge regionale 18 marzo 2011, n. 7*

1. Al fine di garantire gli standard di cui all'articolo 10 della legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali", la Giunta regionale è autorizzata a concedere contributi in conto capitale una tantum fino all'ottanta per cento della spesa riconosciuta, nonché contributi in conto capitale a rimborso in quote annuali costanti senza oneri per interessi per la durata di dieci anni, per l'intero ammontare della spesa riconosciuta, per l'adeguamento e la realizzazione delle strutture, degli impianti tecnologici e degli arredi del settore socio-sanitario, dei disabili e dei minori, con esclusione degli asili nido.

2. Sono destinatari degli interventi di cui al comma 1 i soggetti pubblici e privati no profit di cui all'articolo 128, comma 1, della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 .

3. La Giunta regionale, in attuazione degli atti di programmazione socio-sanitaria regionale, determina, sentita la competente Commissione consiliare, i criteri e le modalità per la presentazione delle domande nonché per l'erogazione dei contributi di cui al comma 1, nel rispetto dei seguenti indirizzi:

a) ripartizione dei contributi per ambiti territoriali omogenei coincidenti con quelli delle Aziende ULSS, in applicazione dei criteri di programmazione;

b) concessione dei contributi nel rispetto delle disposizioni di cui agli articoli 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" e successive modifiche.

4. La Giunta regionale, con cadenza triennale, sulla base degli atti di programmazione socio-sanitaria, determina la ripartizione annuale delle risorse disponibili per i settori relativi agli anziani non

autosufficienti, ai disabili e ai minori, con esclusione degli asili nido, riservando una quota fino al 10 per cento della disponibilità, a favore delle strutture innovative o per situazioni di emergenza.

5. Alla realizzazione degli interventi nonché alle procedure relative alla concessione ed erogazione dei contributi si applica la legge regionale 7 novembre 2003, n. 27 "Disposizioni generali in materia di lavori pubblici di interesse regionale e per le costruzioni in zone classificate sismiche".

6. L'autorizzazione all'esercizio delle strutture o il rinnovo di autorizzazione per strutture già autorizzate devono indicare che l'opera è stata realizzata con il contributo regionale e che, in caso di modificazione d'uso della struttura nei dieci anni successivi al rilascio dell'autorizzazione, è necessario il nullaosta preventivo della Giunta regionale.

7. In applicazione del presente articolo è autorizzata la spesa di euro 20.000.000,00 per ciascuno degli esercizi del triennio 2004-2006, nell'u.p.b. U0154 "Interventi strutturali a favore delle persone disabili, adulte ed anziane" del bilancio di previsione 2004, distinta in:

a) contributo una tantum fino all'ottanta per cento della spesa per l'adeguamento e la realizzazione delle strutture, degli impianti tecnologici e degli arredi del settore anziani non autosufficienti, della disabilità e dei minori, con esclusione degli asili nido;

b) fondo di rotazione per l'adeguamento e la realizzazione delle strutture, degli impianti tecnologici e degli arredi del settore anziani non autosufficienti, della disabilità e dei minori, con esclusione degli asili nido.

8. Sono abrogati: (omissis)

# 7 Tabelle

## Riparto del Fondo per la Non Autosufficienza – 2009-2010

### ANNO 2009

Azienda ULSS	Residenzialità anziani	Domiciliarità anziani e disabili	Residenzialità disabili	Centri diurni per disabili	TOTALE RIPARTIZIONE	Parte del fondo non vincolata per linee di intervento	TOTALE ASSEGNATO ALLE ULSS
A	B	C	D	E	B+C+D+E	G	F+G
1	14.714.415,42	1.959.418,34	1.044.376,16	1.846.757,88	19.564.967,79	656.809,19	20.221.776,98
2	13.828.027,85	2.383.601,29	259.553,77	1.232.050,00	17.703.232,92	252.586,34	17.955.819,26
3	20.729.233,15	3.483.774,15	3.196.296,68	3.447.755,60	30.857.059,58	497.696,59	31.354.756,18
4	18.513.821,93	3.019.778,61	1.254.261,93	2.570.882,45	25.358.744,93	522.818,32	25.881.563,25
5	14.288.366,52	2.920.568,30	1.146.052,10	3.683.321,10	22.038.308,02	720.550,68	22.758.858,70
6	34.565.422,10	4.684.105,38	2.925.154,97	5.795.943,18	47.970.625,63	1.090.583,10	49.061.208,73
7	22.705.083,30	4.337.404,37	959.091,79	2.923.300,00	30.924.879,46	519.753,49	31.444.632,95
8	21.365.468,22	3.701.262,63	963.097,24	4.504.106,25	30.533.934,33	1.171.523,00	31.705.457,34
9	34.634.749,96	6.588.447,41	8.741.844,82	2.643.475,00	52.608.517,19	1.271.399,76	53.879.916,95
10	13.075.946,89	4.503.204,56	789.046,45	2.419.000,00	20.787.197,91	1.815.536,21	22.602.734,11
12	37.516.553,02	5.402.680,89	2.137.520,62	1.888.050,00	46.944.804,52	1.899.120,62	48.843.925,15
13	14.574.298,97	5.489.933,77	782.982,43	3.757.569,03	24.604.784,19	840.513,17	25.445.297,37
14	9.612.442,54	3.022.661,24	248.652,50	3.437.850,00	16.321.606,29	1.016.426,69	17.338.032,98
15	17.130.447,69	5.985.775,72	803.276,29	4.378.223,95	28.297.723,64	951.120,96	29.248.844,61
16	36.815.216,95	6.171.511,05	12.572.622,29	10.278.607,75	65.837.958,04	1.973.499,72	67.811.457,75
17	14.588.491,45	3.893.884,34	730.624,62	2.507.150,00	21.720.150,41	1.415.828,59	23.135.979,00
18	18.393.432,33	3.562.533,96	1.445.451,14	2.057.885,44	25.459.302,88	2.166.017,28	27.625.320,16
19	7.539.654,12	1.528.550,91	361.818,75	507.959,07	9.937.982,86	932.123,69	10.870.106,54
20	42.996.363,54	8.643.630,59	3.749.804,18	8.501.183,95	63.890.982,26	1.066.192,62	64.957.174,88
21	14.182.305,33	2.464.900,46	869.909,45	2.292.328,09	19.809.443,32	1.238.322,70	21.047.766,02
22	24.105.258,72	4.109.189,21	2.168.561,81	5.226.652,33	35.609.662,06	1.199.709,03	36.809.371,09
<b>TOT.</b>	<b>445.875.000,00</b>	<b>87.856.817,20</b>	<b>47.150.000,00</b>	<b>75.900.051,05</b>	<b>656.781.868,25</b>	<b>23.218.131,75</b>	<b>680.000.000,00</b>

Tabella 100 – Riparto del Fondo della Non Autosufficienza per l'anno 2009. DGR 2584 del 4 agosto 2009

### ANNO 2010

Ulss	Residenzialità anziani	Domiciliarità anziani e disabili	Residenzialità disabili	Centri diurni per disabili	TOTALE RIPARTIZIONE	Fondo nazionale non autosufficienze	TOTALE ASSEGNATO ALLE ULSS
A	B	C	D	E	B+C+D+E	G	F+G
1	15.304.090,00	2.164.770,00	1.070.490,00	1.892.930,00	20.432.280,00	579.370,00	21.011.650,00
2	14.135.880,00	1.963.240,00	266.040,00	1.262.850,00	17.628.010,00	527.840,00	18.155.850,00
3	21.174.470,00	3.216.880,00	3.276.200,00	3.533.950,00	31.201.500,00	958.820,00	32.160.320,00
4	18.926.080,00	3.061.390,00	1.285.620,00	2.635.150,00	25.908.240,00	834.100,00	26.742.340,00
5	14.605.830,00	2.820.480,00	1.174.700,00	3.775.400,00	22.376.410,00	880.850,00	23.257.260,00
6	35.309.610,00	4.860.720,00	2.998.280,00	5.940.840,00	49.109.450,00	1.461.440,00	50.570.890,00
7	23.216.470,00	3.871.630,00	1.283.070,00	2.996.380,00	31.367.550,00	1.269.620,00	32.637.170,00
8	21.849.040,00	4.233.990,00	1.577.580,00	4.616.710,00	32.277.320,00	1.360.760,00	33.638.080,00
9	35.599.210,00	6.584.100,00	8.960.390,00	2.709.560,00	53.853.260,00	2.170.850,00	56.024.110,00
10	13.426.240,00	5.240.960,00	808.770,00	3.105.670,00	22.581.640,00	1.613.380,00	24.195.020,00
12	38.368.540,00	6.160.510,00	2.190.960,00	1.935.250,00	48.655.260,00	1.862.870,00	50.518.130,00
13	14.944.790,00	5.099.890,00	802.560,00	3.851.510,00	24.698.750,00	1.782.800,00	26.481.550,00
14	5.324.520,00	1.921.200,00	133.500,00	1.475.080,00	8.854.300,00	689.430,00	9.543.730,00
15	17.553.310,00	5.337.040,00	823.360,00	4.487.680,00	28.201.390,00	1.840.370,00	30.041.760,00
16	42.097.750,00	8.149.160,00	13.008.300,00	12.584.290,00	75.839.500,00	2.726.160,00	78.565.660,00
17	14.950.360,00	4.359.100,00	748.890,00	2.569.830,00	22.628.180,00	1.403.580,00	24.031.760,00
18	18.834.110,00	4.564.840,00	1.481.590,00	2.109.330,00	26.989.870,00	1.603.340,00	28.593.210,00
19	7.724.890,00	1.963.010,00	370.860,00	520.660,00	10.579.420,00	684.481,78	11.263.901,78
20	43.956.010,00	8.133.480,00	3.843.550,00	8.713.710,00	64.646.750,00	2.255.880,00	66.902.630,00
21	14.510.240,00	3.046.760,00	891.660,00	2.349.640,00	20.798.300,00	1.046.230,00	21.844.530,00
22	24.637.300,00	4.405.220,00	2.222.780,00	5.357.320,00	36.622.620,00	1.312.350,00	37.934.970,00
<b>TOT.</b>	<b>456.448.740,00</b>	<b>91.158.370,00</b>	<b>49.219.150,00</b>	<b>78.423.740,00</b>	<b>675.250.000,00</b>	<b>28.864.521,78</b>	<b>704.114.521,78</b>

Tabella 101 – Riparto del Fondo della Non Autosufficienza per l'anno 2010. DGR 3569 del 30 dicembre 2010